

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ»

УТВЕРЖДАЮ  
Генеральный директор  
ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ»



С.А. Фролов

Утверждено Приказом от 15.06.2021 № 139-06/21  
Правила подлежат применению с 01.07.2021

**ПРАВИЛА  
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ**

от 12.05.2016, в редакции от 15.06.2021

1. Общие положения
2. Объект страхования
3. Страховой риск. Страховые случаи
4. Страховая сумма
5. Страховая премия. Страховой тариф
6. Срок действия договора страхования
7. Порядок заключения, исполнения и прекращения договора страхования
8. Права и обязанности сторон
9. Порядок организации оказания медицинских услуг
10. Страховая выплата. Отказ в страховой выплате
11. Порядок разрешения споров

МОСКВА

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством и Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств», Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации», иными нормативными актами Российской Федерации в области страхования и на основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее по тексту — Правила), Страховщик заключает со Страхователями договоры добровольного медицинского страхования (далее – договор страхования), на условиях которых гарантируется организация и оплата Страховщиком оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг в объеме Программ добровольного медицинского страхования, разработанных Страховщиком и являющихся неотъемлемой частью договора страхования.

1.2. Настоящие Правила являются неотъемлемой частью договора страхования. При заключении договора страхования стороны могут договориться о внесении не противоречащих законодательству Российской Федерации изменений и дополнений в отдельные положения настоящих Правил. При этом положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к положениям настоящих Правил.

Добровольное медицинское страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме.

1.3. Субъекты страхования:

Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с выданной органом страхового надзора лицензией.

Страхователи – юридические лица или дееспособные физические лица, а также физические лица, зарегистрированные в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя, заключившие со Страховщиком договор страхования (страховой полис).

Застрахованное лицо – названное в договоре страхования (страховом полисе) физическое лицо, являющееся:

- трудовым мигрантом, находящимся на территории Российской Федерации с целью осуществления им трудовой деятельности, членом семьи мигранта, ребенком мигранта, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования (страховой полис);

- иностранным гражданином (лицом без гражданства), обучающимся в Российской Федерации по очной форме в профессиональной образовательной организации или образовательной организации высшего образования по основной профессиональной образовательной программе, имеющей государственную аккредитацию (далее — иностранный студент), в том числе работающим в свободное от учебы время, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования (страховой полис).

Выгодоприобретатель – лицо, назначенное Страхователем с письменного согласия застрахованного лица, в пользу которого заключен договор страхования (страховой полис) на условиях настоящих Правил, имеющее на законных основаниях право получения страховой выплаты.

Если Выгодоприобретатель не определен в договоре страхования (страховом полисе), то Выгодоприобретателем признается застрахованное лицо (наследники застрахованного лица).

В случае если договор страхования (страховой полис) заключен Страхователем - физическим лицом в свою пользу, на него распространяются права и обязанности застрахованного лица.

1.4. Основные термины и определения, используемые в настоящих Правилах:

**программа добровольного медицинского страхования** (далее - Программа страхования) – перечень видов медицинской помощи и медицинских и иных услуг, оплачиваемых Страховщиком при наступлении страхового случая, с указанием общей страховой суммы (лимитов ответственности) и/или отдельных страховых сумм по каждому виду медицинской помощи, иных оказываемых услуг.

Программа страхования устанавливает:

а) перечень заболеваний и состояний Застрахованного лица, при которых организуется и оплачивается Страховщиком оказание медицинской помощи и иных услуг;

б) перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой оплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая, с указанием общей страховой суммы и/или отдельных страховых сумм (лимитов ответственности) по каждому виду медицинской помощи;

в) перечень медицинских, аптечных и иных организаций, участвующих в реализации Программы страхования и (или) Сервисную организацию, которая организует оказание медицинских и иных услуг в рамках Программы страхования;

г) порядок оказания медицинских и иных услуг.

В Программе страхования могут быть предусмотрены расходы, которые оплачиваются Страховщиком при наступлении страхового случая, в том числе: расходы на лекарственные препараты; медицинские изделия; специализированные продукты лечебного питания; медицинскую эвакуацию; возвращение Застрахованного лица с территории Российской Федерации к месту постоянного проживания; репатриацию.

Программой страхования могут быть предусмотрены исключения по видам медицинской помощи и медицинских услуг, заболеваний и состояний, не покрываемых страхованием;

**медицинская организация** – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

**аптечная организация** – организация, осуществляющая розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства РФ, имеющая лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, оказывающая услуги Застрахованным по лекарственному обеспечению;

**иные организации** – организации, заключившие со Страховщиком договоры по организации предоставления Застрахованным лицам медицинских, экспертных, медико-транспортных, ритуальных, сервисных и иных услуг;

**Сервисная организация** (ассистанская организация) - специализированная организация, указанная в договоре страхования (страховом полисе), которая по поручению Страховщика организует предоставление и оплату Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами;

**медицинские услуги** - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

**иные услуги** – не медицинские услуги, виды и объем которых установлены в Программе страхования и договоре страхования (страховом полисе), предоставляемые дополнительно при организации и/или оказании медицинской помощи (медицинских услуг) Застрахованному лицу;

**медицинская помощь** - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и/или восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Формы оказания медицинской помощи:

а) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного лица;

б) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованного лица;

в) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни Застрахованного лица, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного лица, угрозу его жизни и здоровью;

**дистанционная медицинская помощь** – медицинская помощь с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии с Застрахованным лицом, виды и объем которой установлены в Программе страхования и/или в договоре страхования (страховом полисе);

**телемедицинские технологии** – информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и/или их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;

**здоровье** - состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;

**заболевание** - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

**профилактика** - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и/или

распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

**диагностика** - комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и/или контроля за осуществлением этих мероприятий;

**лечение** - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни;

**медицинская эвакуация** - транспортировка Застрахованного лица с места происшествия или места нахождения в целях спасения его жизни и сохранения здоровья, в том числе Застрахованного лица, находящегося на лечении в медицинской организации, в которой отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, в медицинскую организацию соответствующего профиля;

**медицинская эвакуация в страну постоянного проживания** — транспортировка с территории Российской Федерации Застрахованного лица в страну его постоянного проживания. Медицинская эвакуация в страну постоянного проживания может организовываться как с медицинским сопровождением (комплексом услуг по оказанию медицинской помощи в пути следования врачом, фельдшером, медицинской сестрой), так и без медицинского сопровождения;

**репатриация** – возвращение тела (останков) Застрахованного лица, умершего на территории Российской Федерации, в страну постоянного проживания;

**лечащий врач** - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в период страхования;

**договор на оказание платных медицинских услуг** - соглашение, заключаемой между Страховщиком и медицинской организацией, по которому медицинская организация обязуется предоставлять застрахованным лицам медицинскую помощь в конкретные сроки и определенного объема и качества в соответствии с Программой страхования;

**трудовой мигрант (трудоющийся-мигрант)** - иностранный гражданин или лицо без гражданства, прибывшее в Российскую Федерацию и намеревающееся осуществлять или осуществляющее трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента;

**трудовая деятельность иностранного гражданина** - работа иностранного гражданина в Российской Федерации на основании трудового договора или гражданско-правового договора на выполнение работ (оказание услуг);

**разрешение на работу** - документ, подтверждающий право иностранного гражданина, прибывшего в Российскую Федерацию в порядке, требующем получения визы, и других категорий иностранных граждан в случаях, предусмотренных Федеральным законом «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации», на временное осуществление на территории Российской Федерации трудовой деятельности;

**патент** - документ, подтверждающий право иностранного гражданина, прибывшего в Российскую Федерацию в порядке, не требующем получения визы, за исключением отдельных категорий иностранных граждан в случаях, предусмотренных Федеральным законом «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации», на временное осуществление на территории субъекта Российской Федерации трудовой деятельности.

1.5. Трудовые мигранты, члены семьи трудовых мигрантов, иностранные студенты, находящиеся на момент заключения договора страхования (страхового полиса) на стационарном лечении и/или имеющие на момент заключения договора страхования (страхового полиса) следующие заболевания и связанные с ними осложнения, могут быть приняты на страхование только по индивидуальным условиям страхования и страховым тарифам:

- а) туберкулез, онкологические заболевания;
- б) болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
- в) психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ;
- г) злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови;

д) заболевания, представляющие опасность для окружающих, входящие в перечень, утверждаемый Правительством Российской Федерации, натуральная оспа, полиомиелит;

е) аномалии развития и хромосомные нарушения.

1.6. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (застрахованного лица), если в договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором страхования (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Правил Страхователю при заключении договора страхования (страхового полиса) должно быть удостоверено записью в договоре страхования (страховом полисе).

1.7. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе и его имущественном положении.

1.8. Страховщик, на основании настоящих Правил, вправе формировать условия страхования по отдельному договору страхования (страховому полису) или группе договоров страхования, а также разрабатывать и применять иные Программы страхования и страховые продукты.

Такие условия страхования (Программы страхования) прилагаются к договору страхования (страховому полису) и являются его неотъемлемой частью. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации.

1.9. В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве классификации к виду страхования - медицинское страхование.

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их (медицинское страхование).

2.2. По договору страхования (страховому полису) Застрахованное лицо имеет право на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, и/или непосредственно указанных в направлении Страховщика и/или Сервисной организации на оказание Застрахованному лицу необходимой медицинской помощи в медицинских организациях, определенных договором страхования (страховом полисе).

Если в договоре страхования (страховом полисе) определены конкретные медицинские организации, то Страховщик несет ответственность по оплате медицинских и иных услуг, оказанных Страхователю (Застрахованному лицу) в соответствии с условиями Программы страхования, только в этих медицинских организациях, и не несет ответственности при оказании медицинской помощи в иных медицинских организациях, за исключением случаев, когда обращение в медицинскую организацию, не предусмотренную договором страхования (страховым полисом), согласовано Страховщиком и/или Сервисной организацией.

2.3. Территорией действия договора страхования является территория Российской Федерации или субъект Российской Федерации, указанный в договоре страхования.

2.4. Договор страхования не действует за пределами Российской Федерации.

## **3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления, на случай наступления которого проводится страхование.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (страховым полисом), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию (Сервисную организацию) из числа, предусмотренных договором страхования (страховым полисом), за получением медицинской помощи (организацией оказания медицинских услуг) и иных услуг в объеме, предусмотренном Программой страхования при условии, что:

3.2.1. обращение Застрахованного лица и оказанная ему в связи с данным обращением медицинская помощь (организация медицинских услуг) и иная услуга произошли в течение срока действия страхования;

3.2.2. Застрахованное лицо обратилось за медицинской помощью (за организацией оказания медицинских услуг) и иной услугой в медицинскую организацию (Сервисную организацию), указанную в договоре страхования (страховом полисе), и в установленном договором страхования (страховым полисом) порядке;

3.2.3. медицинская помощь (организация оказания медицинских услуг) и иная услуга, за которой обратилось Застрахованное лицо, включены в Программу страхования, предусмотренную договором страхования (страховым полисом);

3.2.4. заболевание и расстройство здоровья, с которым обратилось Застрахованное лицо, не отнесено настоящими Правилами и/или Программой страхования, или договором страхования (страховым полисом) к медицинской помощи (медицинским услугам) и иным услугам, не оплачиваемым Страховщиком;

3.2.5. обращение Застрахованного лица и оказание ему медицинской помощи (медицинской услуги) и иной услуги произошли во время пребывания застрахованного лица на территории страхования, указанной в договоре страхования (страховом полисе).

3.3. В договоре страхования (страховом полисе), заключаемом на условиях настоящих Правил, в качестве страхового случая может указываться:

3.3.1. обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования (страхового полиса) при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других расстройствах здоровья в медицинскую организацию из числа предусмотренных договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования, за получением медицинских и иных услуг;

3.3.2. обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования (страхового полиса) за получением медицинской помощи (организацией оказания медицинских услуг) и иных услуг в соответствии с договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования в медицинские организации, не указанные в договоре страхования (страховом полисе) и/или Программе страхования, если это обращение организовано или согласовано со Страховщиком (Сервисной организацией).

3.3.3 В договоре страхования (страховом полисе) может указываться как один из страховых случаев, предусмотренных подпунктами 3.3.1, 3.3.2 настоящих Правил, так и оба страховых случая, предусмотренных подпунктами 3.3.1 и 3.3.2 настоящих Правил.

3.4. Если иное не предусмотрено договором страхования (страховым полисом), не признается страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг:

3.4.1. не предусмотренных настоящими Правилами, и/или Программой страхования, и/или договором страхования (страховым полисом);

3.4.2. в медицинские организации, не предусмотренные договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования, за исключением случая указанного в п. 9.6 настоящих Правил, либо в медицинские организации, в которых оказание медицинской помощи (организации медицинской услуги) и иной услуги не организовано или не согласовано Страховщиком в соответствии с подпунктом 3.3.2 настоящих Правил;

3.4.3. если медицинские услуги не назначены лечащим врачом, выполняются по желанию Страхователя (Застрахованного лица) или без медицинских показаний;

3.4.4. в связи с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортми, а также их осложнениями, если иное специально не будет предусмотрено договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования;

3.4.5. по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи, если иное специально не будет предусмотрено договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования;

3.4.6 по оказанию Застрахованному лицу дистанционной медицинской помощи, если иное специально не будет предусмотрено договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования;

3.4.7. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в плановой форме, если иное специально не будет предусмотрено договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования;

3.4.8. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;

3.4.9. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Страхователем (Застрахованным лицом) противоправных действий;

3.4.10. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, а также с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.4.11. в связи с участием застрахованного лица в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением застрахованным лицом его служебных обязанностей;

3.4.12. в связи с массовыми заболеваниями при стихийных бедствиях, катастрофах и производственных авариях, приведших к массовым поражениям; чрезвычайным ситуация и т.п.

3.4.13. в связи с получением медицинских и иных услуг, связанных с косметологической (эстетической) пластической хирургией;

3.4.14. в связи с травмами и заболеваниями, лечение которых оплачено другими лицами или предоставлено застрахованному лицу бесплатно;

3.4.15. в связи с назначением медицинских вмешательств, не предусмотренных договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования. При этом ответственность за их назначение и обязанности по их оплате Страховщик не несет.

3.5. Если иное не предусмотрено договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования, страховым случаем не является и Страховщиком не оплачивается медицинская помощь (организация медицинских услуг) и иные услуги при обращении в медицинские организации в связи со следующими заболеваниями (состояниями) Застрахованного лица:

3.5.1. заболеваниями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих:

- а) инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;
- б) туберкулез;
- в) ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита;
- г) вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, вирусные геморрагические лихорадки;
- д) гельминтозы;
- е) гепатит В;
- ж) гепатит С;
- з) дифтерия;
- и) лепра;
- к) малярия;
- л) педикулез, аккариоз и другие инфекации;
- м) скарлатина и мелиоидоз;
- н) сибирская язва;
- о) холера;
- п) чума;
- р) коронавирусная инфекция.

3.5.2. инфекционными заболеваниями:

- а) натуральная оспа;
- б) полиомиелит.

3.5.3. злокачественными новообразованиями;

3.5.4. сахарным диабетом;

3.5.5. психическими расстройствами и расстройствами поведения.

3.6. Если иное не предусмотрено договором страхования (страховым полисом), Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страховой случай наступил вследствие:

3.6.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.6.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

3.6.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

3.6.4. террористического акта.

#### **4. СТРАХОВАЯ СУММА**

4.1. Страховой суммой является определенная в порядке, установленном договором страхования (страховым полисом), денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма устанавливается в договоре страхования (страховом полисе) по соглашению Страхователя и Страховщика. Общая сумма страховых выплат за один или несколько страховых случаев, происшедших в период действия договора страхования (страхового полиса), не может превышать размера страховой суммы, указанной в договоре страхования (страховом полисе).

4.3. По настоящим Правилам обязательным условием договора страхования (страхового полиса),

заключаемого в пользу трудового мигранта, является установление Страховщиком страховой суммы в размере не менее 100 000 (Сто тысяч) рублей или иного размера, установленного Банком России на момент заключения договора страхования (страхового полиса), на каждое Застрахованное лицо на период действия договора страхования (страхового полиса).

Страховая сумма может устанавливаться в виде уменьшаемой страховой суммы, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия договора страхования (страхового полиса) и суммы страховых выплат, осуществляемых Страховщиком в период действия договора страхования (страхового полиса) по всем произошедшим страховым случаям (далее - агрегатная страховая сумма).

Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по договору страхования (страховому полису) считаются исполненными, договор страхования (страховой полис) прекращается.

Страховщик обязан уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы по договору страхования (страховому полису), заключенному в пользу трудового мигранта в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 (Десять тысяч) рублей.

4.4. Страховая сумма с учетом положений п. 4.2 и п. 4.3 настоящих Правил может определяться по отдельной Программе страхования в целом или совокупности страховых программ, либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи или иным услугам, медицинским изделиям или их различной совокупности, по каждому страховому случаю (неагрегатная страховая сумма) или по всем страховым случаям суммарно (агрегатная страховая сумма).

Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты ответственности в пределах страховой суммы – по отдельным программам страхования, видам медицинской помощи (оказанным услугам), группам Застрахованных лиц и т.п.

4.5. Страховая сумма в договоре страхования (страховом полисе) устанавливается в российских рублях.

4.6. Договором страхования (страховым полисом) может быть установлена условная, безусловная или временная франшиза. Условная франшиза освобождает Страховщика от страховой выплаты, если её размер не превышает размер франшизы. Безусловная франшиза уменьшает размер страховой выплаты на размер франшизы. Временная франшиза – период времени, в течение которого медицинская помощь (медицинские услуги) или иные услуги, определенные Программой страхования, оказывается за счет Страхователя (Застрахованного лица) и оплате Страховщиком не подлежит. Размер франшизы определяется по соглашению Страхователя и Страховщика.

## **5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ**

5.1. Страховая премия является платой за страхование и определяется в соответствии со страховыми тарифами, представляющими собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования, характера страхового риска, а также других условий страхования. Учет факторов, влияющих на степень страхового риска, осуществляется путем применения коэффициента риска, рассчитанного путем произведения повышающих или понижающих коэффициентов в соответствии с Приложением 1 к настоящим Правилам.

5.2. Страховой тариф по конкретному договору страхования (страховому полису) определяется по соглашению Страхователя и Страховщика путем умножения базовой тарифной ставки на коэффициент риска, рассчитанный путем произведения повышающих или понижающих коэффициентов, исходя из обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

5.3. Страховщик вправе вводить повышающий коэффициент для Застрахованных лиц старше 60 лет, а также иные поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам в соответствии с Приложением 1 к настоящим Правилам, экспертно определяемые на основании анализа сведений о Застрахованном лице, полученных при заключении договора страхования (страхового полиса), исходя из рода занятий Застрахованного лица, наличия заболеваний или привычек, влияющих на состояние здоровья или по результатам предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного лица.

При определении размера страховой премии лицу, в отношении которого заключается договор страхования (страховой полис), может быть предложено заполнение медицинской анкеты. В случае необходимости, для уточнения данных о лице, в пользу которого заключается договор страхования (страховой полис), Страховщик имеет право направить его на медицинское обследование. В случае отказа от заполнения медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования, объем которого определяется Страховщиком, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования (страхового полиса).

5.4. Страховая премия по договору страхования (страховому полису) уплачивается Страхователем



единовременно – разовым платежом за весь период страхования, если договором страхования (страховым полисом) не предусмотрено иное — в рассрочку (уплата страховых взносов).

5.5. При уплате страховой премии (страховых взносов) безналичным путем датой уплаты страховой премии (страхового взноса) считается дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика (его уполномоченного представителя), если иное не предусмотрено договором страхования (страховым полисом). При уплате страховой премии (страхового взноса) наличным платежом датой уплаты страховой премии (страхового взноса) считается дата поступления денежных средств в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

В случае неуплаты страховой премии (первого страхового взноса) на условиях, установленных договором страхования (страховым полисом), договор страхования (страховой полис) считается не вступившим в силу, Страховщик и Страхователь не несут по нему обязательств (он не влечет каких-либо последствий для его сторон), если иное не предусмотрено договором страхования (страховым полисом).

Просрочка Страхователем уплаты в полном объеме очередного страхового взноса означает выраженное Страхователем волеизъявление об отказе от договора страхования (страхового полиса) с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем истечения срока, установленного договором страхования (страховым полисом) для его оплаты (если Страховщик и Страхователь не договорились об изменении срока уплаты или суммы очередного страхового взноса).

Договор страхования (страховой полис) считается расторгнутым с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, установленным в договоре страхования (страховом полисе) как день уплаты очередного страхового взноса, при этом Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о последствиях неуплаты в установленный срок очередного страхового взноса, установленных настоящим пунктом. При этом обязательства, вытекающие из договора страхования, страхового полиса (за исключением, обязательств Страховщика по страховой выплате по страховым случаям, наступившим в период действия договора страхования (страхового полиса) и обязательств Страхователя по уплате страховой премии за период действия договора страхования, страхового полиса прекращаются.

В договоре страхования (страховом полисе) могут быть определены иные последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

5.6. Страховая премия устанавливается и оплачивается в российских рублях.

5.7. По договорам страхования (страховым полисам), заключаемым на срок менее одного года (краткосрочное страхование), или дополнительным соглашениям, оформляемым в связи с увеличением страховой суммы, страховая премия определяется по таблице, если иное не будет предусмотрено договором страхования (страховым полисом):

Срок страхования в месяцах:	до 3-х месяцев	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Доля годовой страховой премии:	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,0

При заключении договора страхования (страхового полиса) на срок более года страховая премия определяется из расчета 1/12 годовой суммы страховой премии за каждый месяц страхования. При этом страховая премия за неполный месяц исчисляется как за полный.

5.8. При заключении дополнительного соглашения к договору страхования (страховому полису) в связи с увеличением срока страхования страховая премия определяется из расчета 1/12 годовой суммы страховой премии за каждый месяц страхования. При этом страховая премия за неполный месяц исчисляется как за полный, если иное не предусмотрено договором страхования (страховым полисом).

5.9. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, с учетом п. 5.5 настоящих Правил, Страховщик вправе при определении размера подлежащего выплате страхового возмещения зачесть сумму просроченного страхового взноса.

## 6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Срок действия договора страхования (страхового полиса) в отношении застрахованного лица - трудового мигранта, находящегося на территории Российской Федерации с целью осуществления им трудовой деятельности, определяется исходя из предполагаемого срока действия его разрешения на работу или патента, но не более максимально возможного срока действия разрешения на работу или патента, установленного действующим законодательством Российской Федерации.

Договор страхования (страховой полис) в отношении прочих категорий застрахованных лиц заключается на срок до 12 месяцев или иной срок по согласованию Страхователя со Страховщиком.

6.2. Договор страхования (страховой полис), если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты всей суммы страховой премии (первого страхового взноса) и действует в течение периода времени, указанного в договоре страхования (страховом полисе).

6.3. Договором страхования (страховым полисом) может быть предусмотрено вступление договора страхования (страхового полиса) в силу не ранее даты прибытия Застрахованного лица на территорию Российской Федерации (пересечения государственной границы Российской Федерации, удостоверяемого отметкой пограничной службы) или даты начала срока действия разрешения на работу (патента).

6.4. Если в договоре страхования (страховом полисе) предусмотрен выжидательный период, Страховщик несет обязательства только по страховым случаям, произошедшим после окончания выжидательного периода.

Выжидательный период - промежуток времени, по истечении которого свершившееся событие, предусмотренное договором страхования (страховым полисом), может быть рассмотрено в качестве страхового случая.

## **7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Договор страхования (страховой полис) является соглашением между Страховщиком и Страхователем, в силу которого Страховщик обязуется в пределах определенной договором страховой суммы при страховом случае произвести оплату за организацию и оказание медицинской помощи (медицинских услуг) определенного объема и качества или иных услуг застрахованным лицам в соответствии с Программами страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные сроки.

7.2. При заключении договора страхования (страхового полиса) Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков. Существенными признаются обстоятельства, оговоренные Страховщиком в заявлении на страхование (Приложения 6 к настоящим Правилам), медицинской анкете (при наличии) (Приложение 7 к настоящим Правилам) и/или в его письменном запросе и представленных на его основании документов и сведений.

7.3. Договор страхования (страховой полис) заключается на основании письменного заявления Страхователя, являющегося неотъемлемой частью договора страхования (страхового полиса), по форме, установленной Страховщиком (Приложение 6 к настоящим Правилам), и медицинского анкетирования Застрахованных лиц по форме Приложения 7 к настоящим Правилам, если заполнение медицинской анкеты является требованием Страховщика.

При коллективном страховании к заявлению на страхование должен быть приложен список Застрахованных лиц по форме согласно Приложению 9 к настоящим Правилам. Список Застрахованных лиц, подписанный Страхователем, становится неотъемлемой частью договора страхования (страхового полиса).

7.4. Страхователь обязан сообщить по требованию Страховщика сведения о состоянии здоровья Застрахованных лиц и иную информацию, необходимую Страховщику для определения степени страхового риска условий договора страхования (страхового полиса).

7.5. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением договора страхования (страхового полиса) потребовать проведения предварительного медицинского освидетельствования лиц, подлежащих страхованию, или медицинского анкетирования.

7.6. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем сведений. В случае установления того, что Страхователь сообщил о себе или Застрахованном лице заведомо ложные сведения, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования (страхового полиса).

7.7. Если недостоверность данных, сообщенных при заключении договора страхования (страхового полиса) и влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования (страхового полиса) в силу, Страховщик имеет право потребовать признания договора страхования (страхового полиса) недействительным.

7.8. Договор страхования в пользу трудового мигранта заключается на основании Программы страхования (Приложение 2 к настоящим Правилам) путем составления одного документа – страхового полиса – и подписания его Страхователем и Страховщиком (Приложение 3, 4, 5 к настоящим Правилам).

При страховании трудовых мигрантов бланк полиса оформляется Страховщиком с учетом требований Указания Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности».

7.9. При коллективном страховании договор страхования в отношении трудовых мигрантов заключается путем составления одного документа и подписания его Страхователем и Страховщиком

(Приложение 8 к настоящим Правилам). Страховщик выдает Страхователю (для передачи их Застрахованным лицам) полисы (Приложение 4, 5 к настоящим Правилам) на каждое Застрахованное лицо.

7.10. Договор страхования в пользу иностранного студента может заключаться путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного Страховщиком.

В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика указанных в абзаце первом настоящего пункта настоящих Правил документов.

7.11. Страховщик вправе выдать Страхователю для каждого Застрахованного лица различные информационные документы: карточку медицинского страхования, памятку, пропуск в медицинскую организацию и т.п.

7.12. При обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию предъявляется страховой полис, карточка медицинского страхования, документ, удостоверяющий личность, если иное не предусмотрено договором страхования (страховым полисом).

При утрате договора страхования (страхового полиса) Страхователь или Застрахованное лицо должны незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования (страховым полисом). Взамен утраченных документов Страхователю (Застрахованному лицу) выдается дубликат, при этом Страхователь обязан уплатить Страховщику фактическую стоимость его изготовления.

7.13. В период действия договора страхования (страхового полиса) Страхователь (Застрахованное лицо) обязан обеспечить по требованию Страховщика возможность осуществлять проверки сведений, которые Страхователь сообщил Страховщику при заключении договора страхования (страхового полиса).

Если в результате такой проверки будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику при заключении договора страхования (страхового полиса) заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в пункте 7.2 – 7.4 настоящих Правил, то Страховщик вправе потребовать признания такого договора страхования (страхового полиса) недействительным в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.14. В период действия договора страхования (страхового полиса) Страхователь обязан незамедлительно (но не позднее двадцати четырех часов с момента обнаружения) письменно сообщать Страховщику о ставших известными Страхователю значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования (страхового полиса), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

7.15. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, имеет право потребовать изменения условий договора страхования (страхового полиса) или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий договора страхования (страхового полиса) или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования (страхового полиса) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.16. Условия договора страхования (страхового полиса) могут быть изменены и/или дополнены по соглашению сторон в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации. Любые изменения и дополнения к договору страхования (страховому полису) действуют лишь в том случае, если они оформлены надлежащим образом в письменном виде и подписаны сторонами договора страхования (страхового полиса).

7.17. Под исполнением договора страхования (страхового полиса) понимается выполнение вытекающих из него обязательств, перечисленных в настоящих Правилах, в том числе обязанности Страхователя по уплате страховой премии, а также незамедлительных сообщений Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования (страхового полиса), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

7.18. В случае неуплаты страховой премии (первого страхового взноса) на условиях, установленных договором страхования (страховым полисом), договор страхования (страховой полис) считается не вступившим в силу, Страховщик и Страхователь не несут по нему обязательств (он не влечет каких-либо последствий для его сторон), если иное не предусмотрено договором страхования (страховым полисом).

Договор страхования (страховой полис) считается расторгнутым с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, установленным в договоре страхования (страховом полисе) как день уплаты

очередного страхового взноса, при этом Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о последствиях неуплаты в установленный срок очередного страхового взноса, установленных настоящим пунктом настоящих Правил.

7.19. Договор страхования (страховой полис) прекращает действие в случаях:

7.19.1. истечения срока его действия;

7.19.2. в момент выезда Застрахованного лица с территории Российской Федерации (в случае заключения договора страхования (страхового полиса) в отношении нескольких Застрахованных лиц, договор страхования (страховой полис) в отношении данного Застрахованного лица);

7.19.3. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору страхования (страховому полису) в полном объеме;

7.19.4. неуплаты Страхователем страховой премии или очередного взноса в установленные договором страхования (страховым полисом) сроки, если договором страхования (страховым полисом) не предусмотрено иное;

7.19.5. смерти Застрахованного лица (в случае заключения договора страхования (страхового полиса) в отношении нескольких Застрахованных лиц, договор страхования (страховой полис) в отношении данного Застрахованного лица) с момента уведомления Страховщика;

7.19.6. смерти Страхователя - физического лица, заключившего договор страхования (страховой полис), или ликвидации Страхователя - юридического лица или индивидуального предпринимателя, если Застрахованное лицо или иное лицо в соответствии с законодательством Российской Федерации не приняло на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов;

7.19.7. по соглашению Страхователя и Страховщика;

7.19.8. одностороннего отказа Страхователя или Страховщика от исполнения договора страхования (страхового полиса) во внесудебном порядке (в том числе в связи с невыполнением условий договора страхования (страхового полиса) с направлением письменного уведомления и соблюдением требований законодательства Российской Федерации. При заключении договора страхования (страхового полиса) с физическим лицом Страховщик не вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора страхования (страхового полиса), за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;

7.19.9. ликвидации Страховщика в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации;

7.19.10. принятия судом решения о признании договора страхования (страхового полиса) недействительным;

7.19.11. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, договором страхования (страховым полисом) и/или настоящими Правилами.

7.20. При досрочном прекращении договора страхования (страхового полиса):

7.20.1 на основании пунктов 7.19.1, 7.19.3, 7.19.4 настоящих Правил Страховщик не возвращает уплаченную Страхователем страховую премию, если иное не предусмотрено в договоре страхования (страховом полисе);

7.20.2. на основании пункта 7.19.2 настоящих Правил, а также в других случаях, когда возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, действие договора страхования (страхового полиса) прекращается с момента наступления такого события и Страхователю возвращается часть фактически уплаченной Страховщику страховой премии пропорционально неистекшему сроку действия договора страхования (страхового полиса);

7.20.3. на основании пунктов 7.19.5 и 7.19.9 Страховщик возвращает часть фактически уплаченной Страховщику страховой премии пропорционально неистекшему сроку действия договора страхования (страхового полиса) за вычетом расходов Страховщика на ведение дела, если иное не вытекает из требований законодательства или условий договора страхования (страхового полиса);

7.20.4. на основании пункта 7.19.7 при досрочном прекращении договора страхования (страхового полиса) по соглашению Страхователя со Страховщиком, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии (страхового взноса) за неистекший период действия страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дела согласно утвержденной структуре тарифной ставки Страховщика, если иное не предусмотрено договором страхования (страховым полисом) или дополнительным соглашением Страхователя со Страховщиком.

7.21. О намерении досрочного прекращения договора страхования (страхового полиса) Страхователь или Страховщик обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования (страхового полиса), если договором страхования (страховым полисом) не предусмотрено иное.

7.22. При досрочном прекращении договора страхования (страхового полиса) на основании

требования (уведомления) Страхователя, последний предоставляет Страховщику подлинники следующих документов — заявление (уведомление) Страхователя о прекращении договора страхования (страхового полиса), договор страхования (страховой полис), документ, удостоверяющий личность. Возврат страховой премии (ее части) осуществляется по представлению Страховщику указанных выше документов.

7.23. В случае досрочного прекращения договора страхования (страхового полиса), если его условиями предусматривается возврат страховой премии, возврат страховой премии производится в течение 10 (десяти) рабочих дней, следующих за днем получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в п. 7.22 настоящих Правил, но не ранее даты прекращения договора страхования (страхового полиса), установленной в соответствии с п. 7.21 настоящих Правил.

7.24. Во всех случаях досрочного прекращения договора страхования (страхового полиса) Страхователь обязан вернуть по требованию Страховщика выданные документы - пропуск в медицинскую организацию, карточки медицинского страхования, действие которых досрочно прекращается случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

7.25. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил и они изложены в одном документе с договором страхования (страховом полисе) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора страхования (страхового полиса) настоящих Правил должно быть удостоверено записью в договоре страхования (страховом полисе).

7.26. Согласно статье 160 Гражданского кодекса Российской Федерации, при заключении договора страхования (страхового полиса), Страхователем и Страховщиком достигнуто соглашение о возможности использования Страховщиком для подписания договора страхования (страхового полиса) факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного представителя Страховщика и/или воспроизведения оттиска печати Страховщика.

7.27. Если Страхователем по договору страхования (страховому полису), не является застрахованное лицо - трудовой мигрант, находящееся на территории Российской Федерации с целью осуществления им трудовой деятельности, то:

7.27.1. Страхователь - физическое лицо вправе отказаться от договора страхования (страхового полиса) в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай, путем направления Страховщику письменного заявления в произвольной форме об отказе от договора страхования/страхового полиса (далее – заявление об отказе).

7.27.2. В случае отказа Страхователя - физического лица от договора страхования (страхового полиса) в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения и при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик:

- осуществляет возврат уплаченной Страхователем страховой премии в полном объеме, если Страхователь отказался от договора страхования (страхового полиса) до даты возникновения обязательств Страховщика по договору страхования (страхового полиса) (далее - дата начала действия страхования);

- вправе удержать часть уплаченной страховой премии, рассчитанной пропорционально сроку действия договора страхования (страхового полиса), прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования (страхового полиса), если Страхователь отказался от договора после даты начала действия страхования.

При этом, договор страхования (страховой полис) считается прекратившим свое действие:

а) с даты получения Страховщиком письменного заявления об отказе, если эта дата приходится на указанный в п. 7.27.2 настоящих Правил период;

б) на четырнадцатый календарный день со дня заключения договора страхования (страхового полиса), если дата получения Страховщиком письменного заявления об отказе, не приходится на указанный в п. 7.27.2 настоящих Правил период.

7.27.3. В случае отказа Страхователя — физического лица от договора страхования за пределами срока, определенного в п. 7.27.2 настоящих Правил, договор страхования (страховой полис) считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления об отказе (в случае передачи заявления Страхователем или его уполномоченным представителем Страховщику нарочным) или с даты принятия заявления об отказе отделением почтовой связи отправителя/курьерской службы в целях оказания услуг по его доставке в адрес Страховщика.

7.27.4. Возврат Страхователю — физическому лицу страховой премии (части страховой премии) осуществляется Страховщиком в течение 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления об отказе, направленного в срок, указанный в п. 7.27.2 настоящих Правил, в порядке, указанном в заявлении об отказе (наличными деньгами или в безналичном порядке на указанный Страхователем — физическим лицом счет).

7.27.5. В случае отказа Страхователя — физического лица от договора страхования (страхового полиса) до вступления договора страхования (страхового полиса) в силу (начала действия договора страхования/страхового полиса), договор страхования (страховой полис) считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не производятся.

## **8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **8.1. Страхователь имеет право:**

8.1.1. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;

8.1.2. требовать организацию Застрахованному лицу оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования и/или Программы страхования. В случае неоказания медицинских и иных услуг, предоставления в неполном объеме, несвоевременно или с ненадлежащим качеством Страхователь (Застрахованное лицо) или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика (его уполномоченного представителя);

8.1.3. обратиться к Страховщику за расширением перечня медицинских и иных услуг, заключив дополнительное соглашение к договору страхования (страховому полису), уплатив при этом дополнительный страховой взнос.

8.1.4. в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора страхования (страхового полиса) в отношении Застрахованного лица или нескольких Застрахованных лиц (при коллективном страховании), обратившись с письменным заявлением к Страховщику;

8.1.5. в случае утраты договора страхования (страхового полиса) получить его дубликат, оплатив при этом расходы Страховщика на изготовление дубликата;

8.1.6. осуществлять иные права, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования (страховым полисом)

### **8.2. Застрахованное лицо имеет право:**

8.2.1. требовать оказания в медицинских организациях медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг в соответствии с условиями заключенного договора страхования (страхового полиса) и Программой страхования;

8.2.2. на получение медицинских и иных услуг на условиях и в сроки, предусмотренные настоящими Правилами, договором страхования (страховым полисом) и Программой страхования;

8.2.3. получать дубликат полиса, Программы страхования, медицинской страховой карточки или пропуска в медицинскую организацию в случае их утраты;

8.2.4. обращаться к Страховщику за разъяснениями условий заключенного договора страхования (страхового полиса), Программы страхования, настоящих Правил;

8.2.5. обращаться к Страховщику с претензиями на качество обслуживания в медицинской организации, а также при возникновении спорных ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи;

8.2.6. принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица или ликвидации Страхователя - юридического лица, индивидуального предпринимателя в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации;

8.2.7. осуществлять иные права, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования (страховым полисом).

### **8.3. Страховщик имеет право:**

8.3.1. требовать у Страхователя (Застрахованного лица) информацию и документы, позволяющие произвести оценку вероятности наступления страхового случая;

8.3.2. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным лицом требований договора страхования (страхового полиса);

8.3.3. полностью или частично отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования (страховым полисом);

8.3.4. требовать внесения изменений в договор страхования (страховой полис), если в течение срока действия договора страхования (страхового полиса) возникли обстоятельства, повлекшие за собой существенное увеличение страхового риска (согласно п. 7.13 настоящих Правил);

8.3.5. получать дополнительную страховую премию при изменении условий договора

страхования (страхового полиса), при оформлении дополнительных соглашений к договору страхования (страховому полису), заключенных вследствие возникновения обстоятельств, повлекших за собой существенное увеличение страхового риска;

8.3.6. по согласованию со Страхователем вносить изменения в условия договора страхования (страхового полиса) и/или Программу страхования;

8.3.7. в случае отсутствия возможности оказания необходимой медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг Застрахованному лицу в медицинских организациях, определенных договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования, организовать оказание соответствующей медицинской помощи Застрахованному лицу на базе иных медицинских организаций соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика и/или Сервисной организации;

8.3.8. запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица) дополнительные сведения, прямо или косвенно связанные с причинами и обстоятельствами наступления события, имеющего признаки страхового случая;

8.3.9. в рамках своих обязательств по договору страхования (страховому полису) знакомиться с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей его заболевание, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а так же использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования (страхового полиса), признания события страховым случаем и осуществлением страховой выплаты;

8.3.10. проводить проверку представленных для признания события страховым случаем и определения размера страховой выплаты документов;

8.3.11. самостоятельно производить выяснение причин и обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах события, имеющего признаки страхового случая, в том числе о состоянии здоровья Застрахованного лица;

8.3.12. направлять запросы в компетентные органы по вопросам, связанным с расследованием причин и обстоятельств наступления страхового случая. В случае если компетентные органы располагают сведениями и документами, дающими основание Страховщику отказать в страховой выплате, отсрочить страховую выплату до выяснения всех обстоятельств;

8.3.13. отсрочить решение вопроса о страховой выплате в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного лица по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного лица, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами. Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, представленных для признания события страховым случаем, страховая выплата может быть отсрочена Страховщиком до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов;

8.3.14. требовать от Застрахованного лица выполнения обязанностей по договору страхования (страховому полису), включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным лицам требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованное лицо;

8.3.15. приостанавливать выполнение своих обязательств в отношении Застрахованного лица в случаях необоснованного или ложного вызова скорой медицинской помощи, нарушении лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала;

8.3.16. при выявлении Страховщиком факта подлога в документах или заведомо неверных (ложных) сведений, предоставленных Страхователем и/или Застрахованным лицом, в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора страхования (страхового полиса) в отношении данного Застрахованного лица во внесудебном порядке;

8.3.17. потребовать признания договора страхования (страхового полиса) недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации, в случае установления после заключения договора страхования (страхового полиса), что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п. 7.4 настоящих Правил;

8.3.18. осуществлять иные права, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования (страховым полисом).

#### **8.4. Страхователь обязан:**

8.4.1. при заключении договора страхования (страхового полиса) сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска, определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Обстоятельствами, имеющими существенное значение, в любом случае, признаются обстоятельства, указанные в Заявлении на страхование, медицинской анкете или других дополнительных

документов, предоставленных Страхователем Страховщику. Страхователь также обязан письменно информировать Страховщика обо всех договорах страхования (страховых полисах), заключенных в отношении Застрахованного лица Страхователем с другими страховыми организациями с указанием наименования страховых организаций, видов заключенных договоров страхования (страховых полисов) и, по требованию Страховщика, существенных условий этих договоров, а также обо всех заявлениях на страхование в отношении Застрахованного лица, направленных в другие страховые организации, по которым было принято решение об отказе в принятии на страхование;

8.4.2. по требованию Страховщика заполнить заявление на страхование и медицинскую анкету (в отношении каждого Застрахованного лица);

8.4.3. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в порядке и сроки, указанные в договоре страхования (страховом полисе);

8.4.4. при заключении договора страхования (страхового полиса) ознакомить Застрахованное лицо со сроками и условиями страхования в соответствии с Программой страхования, настоящими Правилами, условиями оказания медицинских и иных услуг, а также с его правами и обязанностями по договору страхования (страховому полису);

8.4.5. в период действия договора страхования (страхового полиса) незамедлительно (но не позднее двадцати четырех часов с момента обнаружения) письменно сообщать Страховщику о ставших известными Страхователю значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования (страхового полиса), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, а также при диагностировании заболевания, указанных в пункте 3.5 настоящих Правил. Значительными признаются также иные изменения, определенно оговоренные в договоре страхования (страховом полисе), заявлении на страхование и медицинской анкете;

8.4.6. обеспечить сохранность документов по договору страхования (страховому полису);

8.4.7. в течение 30 (тридцати) дней известить Страховщика (его уполномоченного представителя, сервисную организацию) о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, если договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования предусмотрено возмещение расходов Застрахованного лица на получение медицинских и иных услуг. Эта обязанность может быть исполнена Застрахованным лицом;

8.4.8. давать письменные разъяснения на запросы Страховщика, связанные с событием, имеющим признаки страхового случая/страховым случаем, а также предоставлять документы, необходимые для принятия решения о страховой выплате (сумме страховой выплаты);

8.4.9. возратить Страховщику полученную страховую выплату (или ее соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или в соответствии с настоящими Правилами полностью или частично лишает Страхователя права на страховую выплату. Данная обязанность распространяется также на Застрахованное лицо;

8.4.10. выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования (страховым полисом).

#### **8.5. Застрахованное лицо обязано:**

8.5.1. пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями договора страхования (страхового полиса);

8.5.2. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, в течение 24 часов обратиться к Страховщику или в Сервисную организацию в порядке, определенном договором страхования, страховым полисом и/или Программой страхования;

8.5.3. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный в медицинской организации;

8.5.4. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

8.5.5. соблюдать настоящие Правила и условия договора страхования (страхового полиса);

8.5.6. в период действия договора страхования (страхового полиса) незамедлительно (но не позднее двадцати четырех часов с момента обнаружения) письменно сообщать Страховщику о ставших известными Страхователю значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования (страхового полиса), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, а также при диагностировании заболевания, указанных в пункте 3.5 настоящих Правил. Значительными признаются изменения, определенно оговоренные в договоре страхования (страховом полисе), заявлении на страхование и медицинской анкете;

8.5.7. выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования (страховым полисом).

#### **8.6. Страховщик обязан:**

8.6.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и Программой страхования, помимо



этого, Страхователь (Застрахованное лицо) может ознакомиться с текстом настоящих Правил на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

8.6.2. в течение 5 (пяти) рабочих дней после уплаты страховой премии (первого страхового взноса), но не позднее даты начала действия разрешения на работу (патента), вручить Страхователю (Застрахованному лицу) полис с приложением настоящих Правил и Программы страхования;

8.6.3. при необходимости выдать Страхователю (каждому Застрахованному лицу) информационные документы: медицинскую страховую карточку, памятку, пропуск в медицинскую организацию и т.п.;

8.6.4. по требованию Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования (страховой полис), разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах, Программах страхования, договоре страхования (страховом полисе), расчет изменения в течение срока действия договора страхования (страхового полиса) страховой суммы, расчет страховой выплаты;

8.6.5. По запросу Страхователя (Застрахованного лица или его представителя) один раз по одному договору страхования (страховому полису) бесплатно предоставить Страхователю (Застрахованному лицу или его представителю) заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с досрочным расторжением договора страхования (страхового полиса). К указанному расчету по запросу Страхователя (Застрахованного лица или его представителя) прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и / или условия договора страхования (страхового полиса) и Правил, на основании которых произведен расчет.

8.6.6. уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 (Десять тысяч) рублей;

8.6.7. при признании события страховым случаем произвести страховую выплату;

8.6.8. не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе, состоянии их здоровья, а также их имущественном положении, если такая обязанность не возложена на Страховщика договором перестрахования либо законодательством Российской Федерации;

8.6.9. выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования (страховым полисом).

8.7. Заключая договор страхования на условиях настоящих Правил, Страхователь (Выгодоприобретатель) - физическое лицо, в том числе зарегистрированный в качестве индивидуального предпринимателя, действуя в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее - ФЗ о персональных данных), выражает Страховщику свое согласие (и в отношении персональных данных Застрахованного лица – гарантирует получение и предоставление Страховщику соответствующего согласия Застрахованного) на автоматизированную, в том числе в информационно-телекоммуникационных сетях, а также без использования средств автоматизации обработку (включая, но не ограничиваясь: сбором (получением); записью; систематизацией; накоплением; хранением; уточнением (обновлением, изменением); извлечением; использованием; передачей (распространением, предоставлением, доступом), в том числе путем передачи своих персональных данных/документов, содержащих персональные данные, в том числе по открытым каналам связи и сетям общего пользования, включая информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет», третьим лицам с правом обработки ими персональных данных Страхователя/Застрахованного лица; обезличиванием; блокированием; удалением; уничтожением; трансграничной передачей персональных данных не дальше, чем этого требуют цели обработки) персональных данных Страхователя/Застрахованного лица (включая получение от Страхователя и/или от любых третьих лиц с учетом норм действующего законодательства Российской Федерации), на принятие решений, порождающих юридические последствия для Страхователя/Застрахованного лица или затрагивающих их права и законные интересы, на основании исключительно автоматизированной обработки их персональных данных.

Согласие распространяется на персональные данные Страхователя/Застрахованного лица (как каждое в отдельности, так и в любой совокупности), которые после заключения договора (полиса) страхования станут или могут стать известными Страховщику, включая: пол; фамилию, имя, отчество; дату и место рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность (серию и номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ и код подразделения); адрес регистрации по месту жительства и/или пребывания, почтовый адрес; семейное положение, социальное положение, состояние здоровья; контактный телефон; контактный адрес электронной почты; идентификационный номер налогоплательщика (ИНН); реквизиты банковского счета.

Целями обработки персональных данных Страхователя/Застрахованного лица являются:

заключение и исполнение Страховщиком договоров страхования, сострахования и перестрахования (в том числе урегулирование убытков, принятие решений о страховой выплате/отказе в выплате или совершение иных действий, порождающих юридические последствия в отношении Страхователя или других лиц, предоставление Страхователю/Застрахованному лицу информации о действиях Страховщика); оценка страховых рисков; установление связи со Страхователем/Застрахованным лицом; улучшение качества услуг, оказываемых Страховщиком; продвижение услуг Страховщика на рынке путем осуществления прямых контактов со Страхователем/Застрахованным лицом (с помощью технических средств связи и почтовой рассылки), обработка статистической информации, анализ страховых рисков; осуществление взаимных расчетов, рассмотрение и учет обращений (запросов, предписаний), поступающих от государственных, контрольных, надзорных, судебных, правоохранительных и иных органов; участие в гражданском, арбитражном, уголовном, административном процессах, а также исполнение судебных актов.

На основании настоящих Правил Страхователь дает свое согласие на обработку своих персональных данных с момента заключения договора страхования (если заключению договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя на обработку его персональных данных действует с даты его выдачи и прекращает свое действие по истечении 5 (пяти) лет с даты прекращения договора страхования.

Страхователь/Застрахованное лицо вправе отозвать свое согласие (если отзыв согласия не нарушает норм действующего законодательства Российской Федерации) посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному Представителю страховщика.

После окончания срока действия согласия или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных Страхователя/Застрахованного лица и в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, установленных надзорными органами Российской Федерации, уничтожить персональные данные Страхователя/Застрахованного лица.

Согласие Страхователя на обработку его персональных данных может быть оформлено путем составления отдельного документа, собственноручно подписанного Страхователем.

Согласие Застрахованного лица – физического лица, в том числе зарегистрированного в качестве индивидуального предпринимателя, на обработку его персональных данных может быть оформлено путем составления отдельного собственноручно подписанного документа.

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь несет ответственность за получение согласия Застрахованного лица - физического лица, в том числе зарегистрированного в качестве индивидуального предпринимателя, на обработку его персональных данных Страховщиком.

Указанные Страхователем в заключенном со Страховщиком договоре страхования (включая неотъемлемые его части: заявление на страхование, приложения, акты осмотра) или в ходе его исполнения данные, которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным Застрахованного лица - физического лица, предоставлены Страхователем в соответствии с пунктом 8 статьи 9 ФЗ о персональных данных.

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает, что согласие застрахованных лиц на обработку их персональных данных им получено, и он несет ответственность за предоставление согласия застрахованных лиц на обработку их персональных данных.

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также гарантирует получение и предоставление Страховщику согласия Застрахованного лица на запрос при рассмотрении события, имеющего признаки страхового случая, любой дополнительной информации в любые учреждения (включая медицинские) и у врачей, в том числе о состоянии здоровья (причине смерти, диагнозе и т.д.) в целях надлежащего и объективного рассмотрения заявленного события.

Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, договор страхования (страховой полис) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. Уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки,

установленные действующим законодательством Российской Федерации.

## **9. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

9.1. Страховщик заключает с медицинской организацией договор на оказание платных медицинских услуг Застрахованным лицам в соответствии с согласованными Программами страхования.

В целях организации оказания Застрахованным лицам медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг Страховщик имеет право заключить специальный договор на организацию медицинского обслуживания с Сервисной организацией.

9.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Застрахованное лицо обязано в течение 24 часов обратиться к Страховщику или Сервисную организацию способом, указанным в договоре страхования (страховом полисе).

9.3. Для получения предусмотренной договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования медицинской помощи (медицинских услуг) Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию, указанную в договоре страхования (страховом полисе) и/или Программе страхования, либо к Страховщику или в Сервисную организацию в порядке, определенном договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования.

9.4. Страховщик и/или Сервисная организация организует оказание Застрахованному лицу необходимых услуг, предусмотренных договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования, и оплачивает оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги.

9.5. При отсутствии возможности оказания Застрахованному лицу медицинской помощи в указанных в договоре страхования (страховом полисе) и/или Программе страхования медицинских организациях по независящим от Страховщика причинам, Страховщик или Сервисная организация оперативно организует их оказание в медицинской организации по собственному выбору.

9.6. В случае выявления у Застрахованного лица заболеваний и состояний, при которых медицинская помощь не может быть оказана в медицинских организациях, указанных в договоре страхования (страховом полисе) и/или Программе страхования, Страховщик или по его поручению Сервисная организация может оказать содействие в направлении Застрахованного лица в иную медицинскую организацию.

9.7. Страховщик или Сервисная организация имеет право организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованному лицу по жизненным показаниям в ближайшей медицинской организации.

## **10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

10.1. Страховая выплата - денежная сумма, которая определяется в установленном договором страхования (страховом полисе) порядке и выплачивается Страховщиком за организацию и оказание медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг при наступлении страхового случая.

10.2. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы и/или в пределах лимита ответственности по каждому Застрахованному лицу в виде:

10.2.1. организации оказания медицинских и иных услуг и оплаты за оказание медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования, медицинским или иным организациям, указанным в договоре страхования (страховом полисе) и/или Программе страхования;

10.2.2. возмещения расходов Сервисной организации, понесенных в целях организации оказания Застрахованному лицу медицинской помощи и оказания иных услуг, предусмотренных договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования;

10.2.3. компенсация расходов Застрахованного лица на платные медицинские и иные услуги (приобретение лекарственных препаратов, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания), предусмотренные договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования, если указанные расходы Застрахованного лица были предварительно согласованы Страховщиком или Сервисной организацией.

10.3. Страховая выплата по договорам страхования (страховым полисам) производится в российских рублях.

10.4. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Застрахованное лицо обращается за оказанием медицинской помощи (медицинских услуг) или иных услуг в порядке, указанном в договоре страхования (страховом полисе) и/или Программе страхования.

10.5. Для получения услуг по договору страхования (страховому полису), Застрахованный должен обратиться в Сервисную организацию или к Страховщику по указанным в договоре страхования (страховом полисе) контактам для организации оказания медицинской помощи (медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования (страховом полисе) и/или Программой страхования).

10.6. Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов за оказанную медицинскую помощь (медицинские услуги) и иных услуг, предусмотренных договором страхования (страховом полисе) и/или Программой страхования, Застрахованное лицо (его уполномоченный представитель) обращается к Страховщику с письменным заявлением и документами, указанными в пункте 10.7 настоящих Правил в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения им медицинских услуг.

10.7. К письменному заявлению должны быть приложены:

- а) договор страхования или страховой полис;
- б) документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица;
- в) договор на оказание платных медицинских или иных услуг с Застрахованным лицом (или его уполномоченным представителем);
- г) копия направления лечащего врача на получение медицинских, предусмотренных договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования, а в случае госпитализации — копию направления на стационарное лечение и копии документов, послуживших основанием для госпитализации;
- д) врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, с указанием даты его выдачи, заверенное подписью врача и печатью медицинской организации;
- е) медицинские документы, подтверждающие оказание Застрахованному лицу соответствующих медицинских услуг (заключение о проведенном обследовании, состоянии здоровья Застрахованного лица при обращении за медицинской помощью, о проведенных медицинских вмешательствах и продолжительности лечения, выписку из истории болезни, результаты обследования, выписку из амбулаторной карты и т.д.);
- ж) счет (счет-фактура) медицинской организацией (на фирменном бланке и с соответствующей печатью/штампом) с указанием фамилии, имени и отчества (при его наличии) Застрахованного лица, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных медицинских и иных услуг с детализацией дат и их стоимости, а также общей суммы к оплате;
- з) при наличии счета-фактуры иных учреждений (на фирменном бланке и с соответствующей печатью/штампом) с указанием фамилии, имени и отчества (при его наличии) Застрахованного лица, даты обращения, перечня оказанных услуг с детализацией дат оказания и их стоимости, а также общей суммы к оплате;
- и) документы, подтверждающие факт оплаты Застрахованным лицом медицинских и иных услуг с полным реестром и указанием стоимости услуг, предусмотренных договорам страхования (страховым полисам) и/или Программой страхования.

10.7.1. дополнительно в отношении несовершеннолетнего и/или недееспособного Застрахованного лица его уполномоченный представитель должен предоставить следующие документы:

- а) свидетельство о рождении несовершеннолетнего Застрахованного лица;
- б) копию документа, удостоверяющего личность родителя (опекуна, попечителя) несовершеннолетнего Застрахованного лица;
- в) документ, удостоверяющий права опекуна (попечителя) в отношении недееспособного Застрахованного лица.

10.7.2. по требованию Страховщика Застрахованное лицо (его уполномоченный представитель) обязано предоставить также:

- а) документы, составляемые (оформляемые) уполномоченными органами в ходе проведения расследования по уголовному делу или делу об административном правонарушении о факте, обстоятельствах и причинах заявленного события;
- б) документы по факту обжалования решений, принятых по уголовному делу или делу об административном правонарушении, либо исков (требований, претензий) о возмещении вреда судом;
- в) документ, удостоверяющий личность заявителя. Если заявление подается через законного представителя, то предоставляются документы как в отношении лица, подающего заявление, так и в отношении получателя выплаты, а также документы, подтверждающие полномочия уполномоченного представителя (нотариально удостоверенная доверенность в отношении представителя физического лица или доверенность, заверенная юридическим лицом, в отношении представителя юридического лица, с указанием на право получения выплаты (для случаев получения страховой выплаты представителем)).

10.8. Договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования может быть предусмотрен сокращенный список документов, необходимых для принятия Страховщиком решения о страховой выплате. Все представляемые Страховщику документы должны быть оформлены на русском языке.

10.9. Размер страховой выплаты равен стоимости организации и оказания медицинской помощи

(медицинских услуг) и иных услуг, оплаченных в соответствии с договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования, если договором страхования (страховым полисом) не определена оплата части стоимости медицинских и иных услуг за счет средств Застрахованного лица (в этом случае размер страховой выплаты уменьшается на размер безусловной франшизы, установленной в договоре страхования (страховом полисе)).

10.10. Решение о страховой выплате принимается Страховщиком в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком письменного заявления Застрахованного лица (Страхователя) и всех необходимых документов, указанных в пункте 10.7 настоящих Правил.

В указанный срок Страховщик вправе проводить проверку представленных документов, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также письменные объяснения Застрахованного лица по факту произошедшего страхового случая.

В указанный срок составляется и утверждается страховой акт (Приложение 10 к настоящим Правилам).

В случае принятия решения об отказе в страховой выплате составляется и утверждается страховой акт, в котором указываются причины отказа со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе.

В случае принятия решения о частичном отказе в выплате (выплата в меньшем объеме, чем предусмотрено документами, обосновывающими размер выплаты), составляется и утверждается страховой акт, в котором указывается сумма, подлежащая выплате Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю).

В случае принятия решения об отказе (частичном отказе) в выплате Страховщик в срок не более 10 (Десяти) рабочих дней с даты получения полного комплекта документов формирует и направляет Страхователю (Застрахованному лицу) письменный отказ с указанием причин отказа со ссылками на нормы права и/или условия договора страхования (страхового полиса) и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе.

10.11. В целях оценки фактического состояния здоровья Застрахованного лица после наступления страхового случая, Страховщик с согласия Застрахованного лица вправе запрашивать и получать информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица.

Застрахованное лицо, намеренное воспользоваться своим правом на получение страховой выплаты, по требованию Страховщика обязано пройти медицинское освидетельствование по направлению Страховщика.

10.12. Страховщик вправе принять решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты в отсутствие каких-либо документов, предусмотренных настоящим разделом Правил, в случае если отсутствие таких документов не влияет на возможности Страховщика установить обстоятельства события и определить размер страховой выплаты.

10.13. Если в договоре страхования (страховом полисе) предусмотрена безусловная франшиза (сумма, которая оплачивается Страхователем (Застрахованным лицом) самостоятельно и не возмещается Страховщиком), то она действует при оплате расходов по каждому страховому случаю. В случае, когда все расходы по страховому случаю были оплачены Застрахованным лицом (Страхователем), а в договоре страхования (страховом полисе) предусмотрена безусловная франшиза, Страховщик осуществляет страховую выплату (выплачивает страховое возмещение) за вычетом суммы франшизы.

10.14. Страховая выплата производится в течение 10 (десяти) банковских дней после утверждения Страховщиком страхового акта. Страховщик вправе осуществить страховую выплату ранее установленного срока.

10.15. Предусмотренные договором страхования (страховым полисом) выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному лицу по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим договорам страхования.

10.16. Страховщик вправе полностью или частично отказать в страховой выплате по следующим основаниям:

10.16.1. установлен факт передачи Застрахованным лицом полиса другому лицу для получения им медицинских и иных услуг;

10.16.2. Страхователь предоставил искаженные сведения о Застрахованном лице при заключении договора страхования (страхового полиса) о состоянии здоровья застрахованного лица на момент заключения договора страхования (страхового полиса) или на момент изменения условий договора страхования (страхового полиса);

10.16.3. Страхователь сообщил недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о страховом риске (п. 7.2 и п. 8.4.1 настоящих Правил);

10.16.4. Страхователь (Застрахованное лицо) не известил Страховщика о существенных изменениях в риске (п. 8.4.5 и п. 8.5.6 настоящих Правил);

10.16.5. событие не было признано страховым в соответствии с настоящими Правилами, договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования:

а) событие, имеющее признаки страхового случая, наступило вне пределов территории действия договора страхования (страхового полиса);

б) событие, имеющее признаки страхового случая, наступило вне периода действия страхования (за исключением случая госпитализации в неотложной форме Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия договора страхования (страхового полиса) и до момента выписки из стационара);

в) наступление страхового случая не подтверждается предоставленными документами (п. 10.7 настоящих Правил);

г) событие не является страховым случаем в соответствии с п. 3.4 — 3.6. настоящих Правил;

д) наступление страхового случая привело к возникновению расходов, не покрываемых в соответствии с условиями настоящих Правил, договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования, но только в части таких расходов;

10.16.6. повторное выполнение лабораторных исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного лица, если договором страхования будет предусмотрено оказание медицинской помощи в плановой форме;

10.16.7. Застрахованным лицом (Страхователем) нарушена комплектность предоставления Страховщику документов, указанных в п. 10.7 настоящих Правил;

10.16.8. обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию, не предусмотренную договором страхования (страховым полисом) и/или Программой страхования, или не согласованное Страховщиком или Сервисной организацией, а также в случае если информирование Страховщика о таком обращении было осуществлено Застрахованным лицом (Страхователем) в процессе получения медицинской помощи, если договором страхования (страховым полисом) не предусмотрено иное;

10.16.9. сумма страховой выплаты не превышает сумму франшизы, установленной договором страхования (страховым полисом).

10.17. Решение об отказе в страховой выплате сообщается Страхователю (Застрахованному лицу) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.

## **11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

11.1. Споры, возникающие в процессе исполнения договора страхования (страхового полиса), заключенного на условиях настоящих Правил, разрешаются путем ведения переговоров.

Для соблюдения досудебного претензионного порядка до предъявления иска Страхователь (Выгодоприобретатель) направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной форме.

Указанная досудебная претензия подлежит рассмотрению Страховщиком в течение 30 (тридцати) дней со дня поступления. Ответ на претензию направляется Страховщиком по адресу электронной почты Страхователя (Выгодоприобретателя), а при его отсутствии по почтовому адресу.

При невозможности достижения соглашения по спорным вопросам, их решение передается на рассмотрение судебных органов в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, с обязательным соблюдением досудебного претензионного порядка.

Споры, возникающие из договоров страхования (страховых полисов), заключенных с юридическими лицами, рассматриваются Арбитражным судом города Москвы, если иное не указано в договоре страхования (страховом полисе).

11.2. В соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее — Федеральный закон № 123-ФЗ) споры, возникшие из договоров страхования (страховых полисов), заключенных на условиях настоящих Правил с физическими лицами (потребителями), предметом которых является выплата денежных сумм в пределах суммы, установленной ст. 15 Федерального закона № 123-ФЗ, подлежат рассмотрению уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг, если с момента когда Страхователь (Выгодоприобретатель) узнал или должен был узнать о нарушении своего права прошло не более трех лет.

Страхователь (Выгодоприобретатель) должен до направления финансовому уполномоченному обращения направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

Страховщик обязан рассмотреть заявление потребителя финансовых услуг и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она

направлена в соответствии с положениями Федерального закона № 123 в электронной форме по стандартной форме, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более ста восьмидесяти дней;

- в течение 30 (тридцати) дней со дня получения претензии в иных случаях.

Ответ на претензию направляется Страховщиком по адресу электронной почты Страхователя (Выгодоприобретателя), а при его отсутствии по почтовому адресу.

**БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ**  
по Программам добровольного медицинского страхования  
(в процентах от страховой суммы в год)

Страховой случай	Базовые тарифные ставки в %
Возникновение обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном договором страхования и/или Программой страхования, в соответствии с п. 3.2 настоящих Правил	
1   Программа «ДМС трудовых мигрантов»	3,88
2   Программа «ДМС трудовых мигрантов с репатриацией»	5,42

При заключении конкретного договора страхования Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам поправочные коэффициенты (повышающие и понижающие) в зависимости от следующих факторов риска и условий договора страхования:

Медицинские организации, предусмотренные программой страхования (по ценовым категориям)	Поправочные коэффициенты
Эконом - наименьшие цены на медицинские услуги на территории страхования	0,5 - 1,0
Стандарт - средние цены на медицинские услуги на территории страхования	0,9 – 2,0
Бизнес - высокие цены на медицинские услуги на территории страхования	1,5 - 3,0
ВИП - максимальные цены на медицинские услуги на территории страхования	1,5 - 5,0

Территория страхования	Поправочные коэффициенты
г. Москва, Московская область, г. Санкт-Петербург, Ленинградская область	0,1 - 5,0
Европейская часть Российской Федерации	0,4 - 1,9
Южная часть Российской Федерации, Республика Крым, г. Севастополь	0,7 - 2,5
Урал, Сибирь	0,7 - 3,5
Республики Северного Кавказа	0,9 - 5,0
Дальневосточный регион	0,8 - 4,0

Виды и формы оказания медицинской помощи	Поправочные коэффициенты
- первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме; - специализированная медицинская помощь в неотложной форме; - скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь в неотложной форме	0,5 - 1,5
- первичная медико-санитарная помощь в плановой форме; - специализированная медицинская помощь в плановой форме, в том числе высокотехнологичная	1,5 - 5,0



Состояние здоровья застрахованного лица	Поправочные коэффициенты
Первая группа здоровья застрахованного лица	0,5 - 0,7
Вторая группа здоровья застрахованного лица	0,7 - 0,9
Третья группа здоровья застрахованного лица	0,9 - 1,1
Наличие хронических заболеваний	1,5 - 2,3
Вероятность возникновения и развития заболеваний с наследственной предрасположенностью	1,1 - 3,0
Особенности данных анамнеза жизни и/или анамнеза болезни застрахованного лица	1,5 - 4,3
Имеющиеся заболевания, требующие неотложное лечение	1,5 - 3,5
Имеющиеся заболевания, требующие хирургического вмешательства	1,1 - 1,6

Факторы профессиональной деятельности Застрахованного лица	Поправочные коэффициенты
Нормальная интенсивность рабочей нагрузки (восьмичасовой рабочий день)	0,7 - 1,0
Высокая и интенсивная рабочая нагрузка (ночные работы, рабочий день более восьми часов)	1,1 - 2,0
Ниже средней интенсивность рабочей нагрузки (рабочий день менее восьми часов)	0,5 - 0,9
Работа на вредном производстве	1,5 - 3,0
Работа и деятельность, связанная с различными видами спорта	1,5 - 5,0

Возраст Застрахованных лиц, полных лет	Поправочные коэффициенты
от 0 до 1 года	0,9 - 5,0
от 1 года до 17 лет	1,0 - 3,0
от 18 до 60 лет	0,7 - 1,5
от 61 года	1,0 - 3,0

Количество Застрахованных лиц	Поправочные коэффициенты
до 10 чел.	1,0 - 1,5
от 11 до 100	0,8 - 0,9
более 100	0,5 - 0,8

Сопутствующие услуги	Поправочные коэффициенты
Выезд врача за пределы административной границы населенного пункта	1,1 - 2,5
Выезд бригады скорой помощи за пределы административной границы населенного пункта	1,1 - 3,0
Услуги сиделки, индивидуальный пост медицинской сестры, услуги переводчика, нахождение одного из родителей с ребенком в стационаре и иные сервисные услуги, предоставляемые в ходе оказания медицинской помощи	2,0 - 4,0
Сопровождение Застрахованного лица при эвакуации (репатриации)	1,5 - 2,0

Применение франшизы	Поправочные коэффициенты
Отсутствие франшизы	1,0
Франшиза условная	0,8 - 0,9
Франшиза безусловная	0,5 - 0,9
Временная франшиза	0,1 - 0,9

Лимиты ответственности	Поправочные коэффициенты
Отсутствие лимитов ответственности	1,0
Лимиты по отдельным Программам страхования	0,5 - 0,9
Лимиты по видам медицинских услуг	0,6 - 0,9
Лимиты по группам Застрахованных	0,7 - 0,9

Определение в договоре страхования (страховом полисе) условий страхования	Поправочные коэффициенты
Телемедицина	0,5 - 0,9
Лекарственное обеспечение	1,1 - 1,5
Медицинская помощь в плановой форме (профилактический осмотр)	3,5 - 5,0
Медицинская помощь в период беременности	3,5 - 5,0
Медицинская помощь в период родов и послеродовом периоде	3,5 - 5,0

Базовая тарифная ставка и применение поправочных коэффициентов определяют итоговую величину тарифной ставки по конкретному договору страхования (страховому полису), при этом результирующий поправочный коэффициент не может превышать 5,0 или быть меньше 0,02.

Конкретные значения повышающих или понижающих коэффициентов определяются Страховщиком исходя из наличия (отсутствия) факторов риска и их влияния на повышение (понижение) вероятности наступления страхового случая.

Реальная (итоговая) тарифная ставка при заключении конкретного договора страхования (страхового полиса) получается Страховщиком путем умножения базовой тарифной ставки на повышающий или понижающий коэффициент. К итоговой тарифной ставке применяются правила округления до четырех знаков после запятой (0,0000).

В связи с тем, что конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового события, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам, могут быть выявлены (определены) только в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования, в настоящем разделе указаны минимальные и максимальные значения повышающих и понижающих коэффициентов в определенном диапазоне их применения. Такой принцип позволяет Страховщику определить реальную тарифную ставку, учитывающую особенности объекта страхования и характер страхового риска по конкретному договору страхования (страховому полису), и является гарантией обеспечения его финансовой устойчивости.

Обоснование факторов риска и размера, примененных повышающих или понижающих коэффициентов производится Страховщиком при заключении договора страхования (утверждении страхового продукта).

**Перечень программ добровольного медицинского страхования:**

- Программа ДМС трудовых мигрантов
- Программа ДМС трудовых мигрантов с репатриацией

**Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов  
(Программа ДМС трудовых мигрантов)**

**1. Общие положения**

1.1. Страховым случаем по Программе добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее — Программа страхования) является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования (полиса) в медицинские организации по выбору Страховщика и/или Сервисной организации, для получения первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования, в следующих случаях:

1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

- 2) новообразования;
- 3) болезни эндокринной системы;
- 4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- 5) болезни нервной системы;
- 6) болезни крови, кроветворных органов;
- 7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- 8) болезни глаза и его придаточного аппарата;
- 9) болезни уха и сосцевидного отростка;
- 10) болезни системы кровообращения;
- 11) болезни органов дыхания;
- 12) болезни органов пищеварения;
- 13) болезни мочеполовой системы;
- 14) болезни кожи и подкожной клетчатки;
- 15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- 16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- 17) врожденные аномалии (пороки развития);
- 18) деформации и хромосомные нарушения.

1.2. Перечень видов, форм и условий оказания медицинской помощи (медицинских услуг), оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы страхования:

1.2.1. первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме в амбулаторных условиях;

1.2.2. скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная медицинская помощь в неотложной форме;

1.2.3. стоматологическая помощь в неотложной форме в амбулаторных условиях;

1.2.4. специализированная медицинская помощь в неотложной форме в стационарных условиях.

1.3. Настоящая Программа страхования предусматривает оплату Страховщиком расходов на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках настоящей Программы страхования лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, и медицинских изделий, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

**2. Порядок оказания медицинской помощи (медицинских услуг):**

2.1. Страховщик заключает договор с медицинской организацией на оказание медицинской помощи (медицинских услуг) застрахованным лицам.

В целях организации оказания Застрахованным лицам медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг Страховщик заключает отдельный договор на организацию медицинского обслуживания с Сервисной организацией.

2.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, застрахованное лицо обязано в

течение 24 часов обратиться к Страховщику или в Сервисную организацию способом, указанным в договоре страхования (страховом полисе).

2.3. Для получения предусмотренной настоящей Программой страхования медицинской помощи и иных услуг застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию, определенную Страховщиком и/или Сервисной организацией.

2.4. Медицинская помощь оказывается застрахованному лицу в соответствии с режимом работы медицинской организации при условии предъявления им полиса и документа, удостоверяющего его личность.

2.5. Страховщик и/или Сервисная организация имеет право организовывать экстренную медицинскую помощь застрахованным лицам по жизненным показаниям с привлечением муниципальных медицинских организаций (скорая медицинская помощь, госпитализация в ближайший стационар и пр.);

2.6. При наступлении страхового случая, Страховщик обязуется произвести оплату медицинских услуг в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией, и/или произвести оплату за организацию медицинских и иных услуг в соответствии с договором на организацию оказания медицинских услуг, заключенным между Страховщиком и Сервисной организацией.

### **3. Исключения из страхования**

3.1. В настоящую Программу страхования не входит оказание и оплата медицинской помощи в плановой форме, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, отсрочка которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного лица, угрозу его жизни и здоровью, оказание профилактической помощи.

3.2. По условиям настоящей Программы страхования страховым случаем не является и Страховщиком не оплачивается медицинская помощь (организация медицинских услуг) и иные услуги при обращении в медицинские организации в связи со следующими заболеваниями (состояниями) Застрахованного лица:

3.2.1. заболеваниями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих:

- а) инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;
- б) туберкулез;
- в) ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита;
- г) вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, вирусные геморрагические лихорадки;
- д) гельминтозы;
- е) гепатит В;
- ж) гепатит С;
- з) дифтерия;
- и) лепра;
- к) малярия;
- л) педикулез, акариаз и другие инфекации;
- м) сепсис и мелиоидоз;
- н) сибирская язва;
- о) холера;
- п) чума;
- р) коронавирусная инфекция.

3.2.2. инфекционными заболеваниями:

- а) натуральная оспа;
- б) полиомиелит.

3.2.3. злокачественными новообразованиями;

3.2.4. сахарным диабетом;

3.2.5. психическими расстройствами и расстройствами поведения.

3.3. В настоящую Программу страхования не входит оплата медицинских услуг:

3.3.1. по оказанию медицинской помощи застрахованному лицу, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках настоящей Программы страхования;

3.3.2. по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи;

3.3.3. по оказанию медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

3.3.4. по оказанию медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

3.3.5. по оказанию медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.3.6. по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;

3.3.7. по диспансерному наблюдению по поводу хронических заболеваний и наличию факторов

повышенного риска у Застрахованных лиц;

3.3.8. связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

3.4. Страховщик не оплачивает расходы на приобретение страхователем (застрахованным лицом) лекарственных препаратов и медицинских изделий, за исключением используемых медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках настоящей Программы страхования.

**Программа добровольного медицинского страхования  
трудовых мигрантов с репатриацией  
(Программа ДМС трудовых мигрантов с репатриацией)**

**1. Общие положения**

1.1. Страховым случаем по Программе добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов с репатриацией (далее — Программа страхования) является:

а) обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования (полиса) в медицинские организации по выбору Страховщика и/или Сервисной организации, для получения первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования, в следующих случаях:

1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

2) новообразования;

3) болезни эндокринной системы;

4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;

5) болезни нервной системы;

6) болезни крови, кроветворных органов;

7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

8) болезни глаза и его придаточного аппарата;

9) болезни уха и сосцевидного отростка;

10) болезни системы кровообращения;

11) болезни органов дыхания;

12) болезни органов пищеварения;

13) болезни мочеполовой системы;

14) болезни кожи и подкожной клетчатки;

15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

17) врожденные аномалии (пороки развития);

18) деформации и хромосомные нарушения;

б) организация и оказание услуг, связанных с медицинской эвакуацией в страну постоянного проживания Застрахованного лица или с репатриацией тела (останков) Застрахованного лица до ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица международного аэропорта или железнодорожного узла.

1.2. Перечень видов, форм и условий оказания медицинской помощи (медицинских услуг), оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы страхования:

1.2.1. первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме в амбулаторных условиях;

1.2.2. скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная медицинская помощь в неотложной форме;

1.2.3. стоматологическая помощь в неотложной форме в амбулаторных условиях;

1.2.4. специализированная медицинская помощь в неотложной форме в стационарных условиях.

1.3. Настоящая Программа страхования предусматривает оплату Страховщиком расходов на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках настоящей Программы страхования лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, и медицинских изделий, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов

1.4. Настоящая Программа страхования предусматривает оплату услуг медицинской эвакуации Застрахованного лица с территории Российской Федерации в страну его постоянного проживания, а также в случае смерти Застрахованного лица оплату расходов на репатриацию тела (останков) Застрахованного лица, включая подготовку и хранение тела, покупку необходимого для перевозки тела гроба и иных расходов, связанных с организацией и осуществлением такой репатриации, в том числе оплату расходов по сопровождению тела Застрахованного лица в случае, если этого сопровождения требует официальная процедура.

**2. Порядок оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и организации иных услуг**

2.1. Страховщик заключает договор с медицинской организацией на оказание медицинской помощи (медицинских услуг) застрахованным лицам.

В целях организации оказания Застрахованным лицам медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг Страховщик заключает отдельный договор на организацию медицинского обслуживания с Сервисной организацией.

2.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, застрахованное лицо обязано в

течение 24 часов обратиться к Страховщику или в Сервисную организацию способом, указанным в договоре страхования (страховом полисе)

2.3. Для получения предусмотренной настоящей Программой страхования медицинской помощи и иных услуг застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию, определенную Страховщиком и/или Сервисной организацией.

2.4. Медицинская помощь оказывается застрахованному лицу в соответствии с режимом работы медицинской организации при условии предъявления им полиса и документа, удостоверяющего его личность.

2.5. Страховщик и/или Сервисная организация имеет право организовывать экстренную медицинскую помощь застрахованным лицам по жизненным показаниям с привлечением муниципальных медицинских организаций (скорая медицинская помощь, госпитализация в ближайший стационар и пр.);

2.6. При наступлении страхового случая, Страховщик обязуется произвести оплату медицинских услуг в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией, и/или произвести оплату за организацию медицинских и иных услуг в соответствии с договором на организацию оказания медицинских услуг, заключенным между Страховщиком и Сервисной организацией;

2.7. Порядок организации услуг, связанных с репатриацией тела (останков) Застрахованного лица до ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица международного аэропорта или железнодорожного узла:

а) Страховщик заключает договор с Сервисной организацией на организацию услуг, связанных с репатриацией Застрахованных лиц;

б) при наступлении смерти Застрахованного лица, представитель умершего Застрахованного лица, обязан незамедлительно обратиться к Страховщику или в Сервисную организацию способом, указанным в договоре страхования (страховом полисе);

в) по поручению представителя умершего Застрахованного лица, Сервисная организация организует репатриацию тела Застрахованного лица до ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица международного аэропорта или железнодорожного узла, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, если международным договором Российской Федерации не установлены иные правила;

г) Страховщик обязуется в пределах страховой суммы произвести оплату выполненных услуг по репатриации в соответствии с договором об организации медицинского и иного обслуживания, заключенным между Страховщиком и Сервисной организацией;

д) сверх страховой суммы представитель умершего Застрахованного лица несет расходы на оплату исполнителю услуг по репатриации тела Застрахованного лица.

2.8. Порядок организации услуг, связанных с медицинской эвакуацией в страну постоянного проживания Застрахованного лица осуществляется на условиях, указанных в договоре страхования (страховом полисе).

### **3. Исключения из страхования**

3.1. В настоящую Программу страхования не входит оказание и оплата медицинской помощи в плановой форме, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, отсрочка которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного лица, угрозу его жизни и здоровью, оказание профилактической помощи.

3.2. По условиям настоящей Программы страхования страховым случаем не является и Страховщиком не оплачивается медицинская помощь (организация медицинских услуг) и иные услуги при обращении в медицинские организации в связи со следующими заболеваниями (состояниями) Застрахованного лица:

3.2.1. заболеваниями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих:

- а) инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;
- б) туберкулез;
- в) ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита;
- г) вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, вирусные геморрагические лихорадки;
- д) гельминтозы;
- е) гепатит В;
- ж) гепатит С;
- з) дифтерия;
- и) лепра;
- к) малярия;
- л) педикулез, акариоз и другие инфекации;
- м) сепсис и мелиоидоз;
- н) сибирская язва;
- о) холера;
- п) чума;
- р) коронавирусная инфекция.

3.2.2. инфекционными заболеваниями:

- а) натуральная оспа;
- б) полиомиелит.

- 3.2.3. злокачественными новообразованиями;
- 3.2.4. сахарным диабетом;
- 3.2.5. психическими расстройствами и расстройствами поведения.
- 3.3. В настоящую Программу страхования не входит оплата медицинских услуг:
  - 3.3.1. по оказанию медицинской помощи застрахованному лицу, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках настоящей Программы страхования;
  - 3.3.2. по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи;
  - 3.3.3. по оказанию медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
  - 3.3.4. по оказанию медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
  - 3.3.5. по оказанию медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
  - 3.3.6. по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
  - 3.3.7. по диспансерному наблюдению по поводу хронических заболеваний и наличие факторов повышенного риска у Застрахованных лиц;
  - 3.3.8. связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортми застрахованного лица.
- 3.4. В настоящую Программу страхования не входит компенсация за:
  - а) медицинскую эвакуацию в случае незначительных болезней или травм, которые поддаются лечению на территории Российской Федерации и не препятствуют продолжению нахождения на территории Российской Федерации;
  - б) оплату билетов бизнес-класса; оплату медицинской эвакуации и/или медицинского сопровождения, если к ним отсутствуют медицинские показания;
  - в) возмещение каких-либо расходов, произведенных лицом (лицами), принявшим на себя обязанности по организации похорон и погребению Застрахованного лица;
  - г) расходы на медицинскую эвакуацию, расходы по посмертной репатриации, не организованные и/или не согласованные Сервисной организацией и/или Страховщиком;
  - д) расходы на церемонию прощания с телом; расходы на погребение;
  - е) расходы на сопровождение гроба/урны родственником или иным доверенным лицом умершего застрахованного лица.
- 3.5. Страховщик не оплачивает расходы на приобретение страхователем (застрахованным лицом) лекарственных препаратов и медицинских изделий, за исключением используемых медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках настоящей Программы страхования.



Приложение 3

к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ»

Единый телефон бесплатной горячей линии: 8-800-707-0779, e-mail: [www.info@arsenalins.ru](mailto:www.info@arsenalins.ru), [www.arsenalins.ru](http://www.arsenalins.ru)

Место  
для  
голограммы

**ПОЛИС** серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

г. \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Настоящий Полис добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее - Полис), вместе с Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 12.05.2016, в редакции от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (далее - Правила страхования), Программой добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее - Программа страхования), составляют Договор добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (далее - Договор), заключенный на основании письменного заявления на страхование от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. на следующих условиях:

<b>Страховщик:</b>	Общество с ограниченной ответственностью «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ» Лицензия на осуществление добровольного личного страхования СЛ № 3193 от 25.09.2017 г.			
<b>Адрес (место нахождения)</b>	111020, г. Москва, ул. 2-ая Синичкина, д.9А, строен. 10 <b>Телефон (факс):</b> +7 (499) 277-7979, 8-800-707-0779, адрес электронной почты: <a href="mailto:www.info@arsenalins.ru">www.info@arsenalins.ru</a> Адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: <a href="http://www.arsenalins.ru">www.arsenalins.ru</a>			
<b>Банковские реквизиты</b>	ИНН 7705512995, КПП 772201001, ОГРН 1047705003895, Р/с _____ в Банке _____ К/с _____ БИК _____			
<b>Страхователь:</b> (фамилия, имя, отчество *) <small>*при наличии</small>	_____ (на русском языке и при необходимости дополнительно с помощью букв латинского алфавита)			
<b>Дата рождения:</b>		Пол:	Гражданство: (при наличии)	
Адрес места жительства (регистрации) на территории Российской Федерации	_____ или адрес места пребывания на территории Российской Федерации			
<b>Дата регистрации:</b>				
Данные основного документа, удостоверяющего личность Страхователя				
<b>Контактная информация:</b>	Телефон		адрес электронной почты (при наличии)	
<b>Застрахованное лицо:</b> (фамилия, имя, отчество *) <small>*при наличии</small>	_____ (на русском языке и при необходимости дополнительно с помощью букв латинского алфавита)			
<b>Дата рождения:</b>		Пол:	Гражданство: (при наличии)	
Адрес места жительства (регистрации) на территории Российской Федерации	_____ или адрес места пребывания на территории Российской Федерации			
<b>Дата регистрации</b>				
Вид и данные документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица				
<b>Контактная информация:</b>	Телефон		адрес электронной почты (при наличии)	

**УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ:**

<b>Объект страхования</b>	Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья застрахованного лица или состояния застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг		
<b>Страховой случай</b>	Страховым случаем является обращение застрахованного лица в медицинскую организацию (Сервисную организацию), предусмотренную настоящим Полисом, за получением медицинской помощи (организацией медицинских услуг) и иных услуг в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования		
<b>Программа добровольного медицинского страхования</b>			
<b>Сервисная организация</b>			
<b>Территория действия Договора</b>			
<b>Страховая сумма</b>			
<b>Лимит ответственности</b>		<b>Франшиза</b>	
<b>Страховая премия</b>		<b>Страховой тариф</b>	

<b>Порядок уплаты страховой премии</b>	
<b>Срок действия Договора</b>	
<b>Особые условия</b>	
<b>Приложения к Полису</b>	1. Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов в редакции от ____ 20__ г. 2. Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от ____ 20__ г. 3. Заявление на страхование от ____ 20__ г. 4. Медицинская анкета от « ____ » ____ 20__ г. (при наличии)
Изменение и расторжение Договора осуществляется в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и Правилами страхования. Во всем, что не оговорено в настоящем Договоре стороны руководствуются Программой страхования и Правилами страхования	

<b>От Страховщика:</b> Должность _____  _____ подпись / фамилия, и. о. доверенность от _____ № _____ м.п.	<b>СТРАХОВАТЕЛЬ:</b> С Правилами страхования, Программой страхования и условиями Договора ознакомлен, согласен. Подтверждаю свое согласие на обработку Страховщиком персональных данных Застрахованного лица в соответствии с п. 8.7 Правил страхования. Экземпляр Правил страхования, Программы страхования и Полиса на руки получил. Подпись Страхователя: _____
---	--

Приложение 4  
к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ»

Единый телефон бесплатной горячей линии: 8-800-707-0779, e-mail: [www.info@arsenalins.ru](mailto:www.info@arsenalins.ru), [www.arsenalins.ru](http://www.arsenalins.ru)

Место  
для  
голограммы

**ПОЛИС** серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

г. \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Настоящий Полис добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее - Полис), вместе с Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 12.05.2016, в редакции от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (далее - Правила страхования), Программой добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее - Программа страхования), составляют Договор добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (далее - Договор), заключенный на основании письменного заявления на страхование от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., на следующих условиях:

<b>Страховщик:</b>	Общество с ограниченной ответственностью «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ» Лицензия на осуществление добровольного личного страхования СЛ № 3193 от 25.09.2017 г.		
<b>Адрес (место нахождения)</b>	111020, г. Москва, ул. 2-ая Синичкина, д.9А, строен. 10 <b>Телефон (факс):</b> +7 (499) 277-7979, 8-800-707-0779, адрес электронной почты: <a href="mailto:www.info@arsenalins.ru">www.info@arsenalins.ru</a> Адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: <a href="http://www.arsenalins.ru">www.arsenalins.ru</a>		
<b>Банковские реквизиты</b>	ИНН 7705512995, КПП 772201001, ОГРН 1047705003895, Р/с _____ в Банке _____ К/с _____ БИК _____		
<b>Страхователь:</b> Индивидуальный предприниматель (ИП)	_____ (на русском языке и при необходимости дополнительно с помощью букв латинского алфавита)		
<b>Дата государственной регистрации в качестве ИП</b>	_____ 20__ г.	_____ данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации	
<b>Фамилия, Имя, Отчество*</b> <small>*при наличии</small>	_____ (на русском языке и при необходимости дополнительно с помощью букв латинского алфавита)		
<b>Дата рождения:</b>		<b>Гражданство:</b> (при наличии)	
<b>Адрес места жительства в Российской Федерации</b>	_____ указывается адрес, по которому ИП зарегистрирован в установленном законодательством РФ порядке		
<b>Данные основного документа, удостоверяющего личность Страхователя</b>	_____		
<b>Контактная информация:</b>	<b>Телефон</b>	_____	<b>адрес электронной почты</b> (при наличии)
<b>Застрахованное лицо:</b> (фамилия, имя, отчество *) <small>*при наличии</small>	_____ (на русском языке и при необходимости дополнительно с помощью букв латинского алфавита)		
<b>Дата рождения:</b>		<b>Пол:</b>	<b>Гражданство:</b> (при наличии)
<b>Адрес места жительства (регистрации) на территории Российской Федерации</b>	_____ или адрес места пребывания на территории Российской Федерации		
<b>Дата регистрации</b>			
<b>Вид и данные документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица</b>	_____		
<b>Контактная информация:</b>	<b>Телефон</b>	_____	<b>адрес электронной почты</b> (при наличии)

**УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ:**

<b>Объект страхования</b>	Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья застрахованного лица или состояния застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг		
<b>Страховой случай</b>	Страховым случаем является обращение застрахованного лица в медицинскую организацию (Сервисную организацию), предусмотренную настоящим Полисом, за получением медицинской помощи (организацией медицинских услуг) и иных услуг в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования		
<b>Программа добровольного медицинского страхования</b>	_____		
<b>Сервисная организация</b>	_____		
<b>Территория действия Договора</b>	_____		
<b>Страховая сумма</b>	_____		
<b>Лимит ответственности</b>		<b>Франшиза</b>	
<b>Страховая премия</b>		<b>Страховой тариф</b>	
<b>Порядок уплаты страховой премии</b>	_____		

<b>Срок действия Договора</b>	
<b>Особые условия</b>	
<b>Приложения к Полису</b>	1. Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов в редакции от ____ 20__ г. 2. Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от _____ 20__ г. 3. Заявление на страхование от _____ 20__ г. 4. Медицинская анкета от « » _____ 20__ г. (при наличии)
Изменение и расторжение Договора осуществляется в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и Правилами страхования. Во всем, что не оговорено в настоящем Договоре стороны руководствуются Программой страхования и Правилами страхования	

<b>От Страховщика:</b> Должность _____ _____/_____ подпись                      фамилия, и. о.	<b>СТРАХОВАТЕЛЬ:</b> С Правилами страхования, Программой страхования и условиями Договора ознакомлен, согласен. Подтверждаю свое согласие на обработку Страховщиком персональных данных Застрахованного лица в соответствии с п. 8.7 Правил страхования. Экземпляр Правил страхования, Программы страхования и Полиса на руки получил.
доверенность от _____ № _____ м.п.	Подпись Страхователя: _____ м.п.

Приложение 5

к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ»

Единый телефон бесплатной горячей линии: 8-800-707-0779, e-mail: [www.info@arsenalins.ru](mailto:www.info@arsenalins.ru), [www.arsenalins.ru](http://www.arsenalins.ru)

Место  
для  
голограммы

**ПОЛИС** серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

г. \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Настоящий Полис добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее - Полис), вместе с Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 12.05.2016, в редакции от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (далее - Правила страхования), Программой добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее - Программа страхования), составляют Договор добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (далее - Договор), заключенный на основании письменного заявления на страхование от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., на следующих условиях:

<b>Страховщик:</b>	Общество с ограниченной ответственностью «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ» Лицензия на осуществление добровольного личного страхования СЛ № 3193 от 25.09.2017 г.		
<b>Адрес (место нахождения)</b>	111020, г. Москва, ул. 2-ая Синичкина, д.9А, строен. 10 <b>Телефон (факс):</b> +7 (499) 277-7979, 8-800-707-0779, адрес электронной почты: <a href="mailto:www.info@arsenalins.ru">www.info@arsenalins.ru</a> Адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: <a href="http://www.arsenalins.ru">www.arsenalins.ru</a>		
<b>Банковские реквизиты</b>	ИНН 7705512995, КПП 772201001, ОГРН 1047705003895, Р/с _____ в Банке _____ К/с _____ БИК _____		
<b>Страхователь:</b> (юридическое лицо - ЮЛ)	_____ (организационно-правовая форма юридического лица)		
Полное наименование юридического лица	_____ (в том числе, наименование на одном из языков народов РФ и/или на иностранном языке, если такое наименование указано в учредительных документах юридического лица)		
Сокращенное наименование (при наличии)	_____		
Фирменное наименование (при наличии)	_____		
Адрес (место нахождения) по которому осуществляется связь с юридическим лицом	_____		
Фамилия, имя, отчество лица, уполномоченного подписывать договор ДМС	_____		
Должность:	_____		
Договор подписывается на основании:	_____		
<b>Контактная информация:</b>	Телефон/ факс	Адрес сайта и/или адрес электронной почты (при наличии)	_____
<b>Застрахованное лицо:</b> (фамилия, имя, отчество *) *при наличии	_____ (на русском языке и при необходимости дополнительно с помощью букв латинского алфавита)		
<b>Дата рождения:</b>	Пол:	Гражданство: (при наличии)	_____
Адрес места жительства (регистрации) на территории Российской Федерации	_____ или адрес места пребывания на территории Российской Федерации		
<b>Дата регистрации</b>	_____		
Вид и данные документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица	_____		
<b>Контактная информация:</b>	Телефон	адрес электронной почты (при наличии)	_____

**УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ:**

<b>Объект страхования</b>	Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья застрахованного лица или состояния застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг
<b>Страховой случай</b>	Страховым случаем является обращение застрахованного лица в медицинскую организацию (Сервисную организацию), предусмотренную настоящим Полисом, за получением медицинской помощи (организацией медицинских услуг) и иных услуг в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования
<b>Программа добровольного медицинского страхования</b>	_____
Сервисная организация	_____
<b>Территория действия Договора</b>	_____
<b>Страховая сумма</b>	_____
<b>Лимит ответственности</b>	_____ <b>Франшиза</b> _____

Страховая премия		Страховой тариф	
Порядок уплаты страховой премии			
Срок действия Договора			
Особые условия			
Приложения к Полису	1. Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов в редакции от ___ 20_ г. 2. Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от _____ 20_ г. 3. Заявление на страхование от _____ 20_ г. 4. Договор добровольного медицинского страхования от _____ 20_ г. № _____ (коллективный) (при наличии)		
Изменение и расторжение Договора осуществляется в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и Правилами страхования. Во всем, что не оговорено в настоящем Договоре стороны руководствуются Программой страхования и Правилами страхования			

<b>От Страховщика:</b> Должность _____ _____/_____ подпись                      фамилия, и. о. доверенность от _____ № _____ м.п.	<b>СТРАХОВАТЕЛЬ:</b> С Правилами страхования, Программой страхования и условиями Договора ознакомлен, согласен. Подтверждаю свое согласие на обработку Страховщиком персональных данных Застрахованного лица в соответствии с п. 8.7 Правил страхования. Экземпляр Правил страхования, Программы страхования и Полиса на руки получил. Подпись Страхователя: _____ м.п.
--	--

**ЗАЯВЛЕНИЕ** (общее)  
на добровольное медицинское страхование трудовых мигрантов

**1. Для физического лица (индивидуального предпринимателя):**

**Страхователь** (фамилия, имя, отчество\* (\* при наличии)):

(на русском языке и при необходимости дополнительно с помощью букв латинского алфавита)

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_ Гражданство: \_\_\_\_\_

Место рождения: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства (регистрации) на территории Российской Федерации: \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания на территории Российской Федерации: \_\_\_\_\_

Данные основного документа, удостоверяющего личность Страхователя: \_\_\_\_\_

Контактная информация: тел. \_\_\_\_\_, адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

Данные документа, подтверждающего право Страхователя на пребывание (проживание) в РФ: \_\_\_\_\_

Дата начала срока действия права пребывания (проживания) в РФ: \_\_\_\_\_

Дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ: \_\_\_\_\_

Номер миграционной карты: \_\_\_\_\_

Дата начала срока пребывания в РФ: \_\_\_\_\_

Дата окончания миграционной карты: \_\_\_\_\_

**Если Страхователь является индивидуальным предпринимателем (ИП), то дополнительно укажите:**

Наименование ИП \_\_\_\_\_

Данные документа, подтверждающего факт внесения в единый реестр ИП \_\_\_\_\_

Дата регистрации физического лица в качестве ИП \_\_\_\_\_

**2. Для Страхователя - юридического лица:**

Организационно-правовая форма и полное наименование \_\_\_\_\_

Сокращенное наименование (при наличии) \_\_\_\_\_

Фирменное наименование (при наличии) \_\_\_\_\_

Адрес (место нахождения) по которому осуществляется связь с юридическим лицом \_\_\_\_\_

ФИО лица, уполномоченного подписывать договор \_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_

Договор подписывается на основании: \_\_\_\_\_

Контактная информация: телефон/факс \_\_\_\_\_, адрес сайта (при наличии) \_\_\_\_\_

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Реквизиты: ИНН/КПП \_\_\_\_\_

Основной вид деятельности: \_\_\_\_\_

Контактное лицо Страхователя: \_\_\_\_\_

**3. Застрахованное лицо** (фамилия, имя, отчество\* (\* при наличии)):

(на русском языке и при необходимости дополнительно с помощью букв латинского алфавита)

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_ Гражданство: \_\_\_\_\_

Место рождения: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства (регистрации) на территории Российской Федерации: \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания на территории Российской Федерации: \_\_\_\_\_

Вид и данные документа, удостоверяющего личность гражданина: \_\_\_\_\_

Контактная информация: тел. \_\_\_\_\_, адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

Данные документа, подтверждающего право застрахованного лица на пребывание (проживание) в РФ: \_\_\_\_\_

Дата начала срока действия права пребывания (проживания) в РФ: \_\_\_\_\_

Дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ: \_\_\_\_\_

Номер миграционной карты: \_\_\_\_\_

Дата начала срока пребывания в РФ: \_\_\_\_\_

Дата окончания миграционной карты: \_\_\_\_\_

**4. Наименование Программы страхования:**

**Страховая сумма по программе страхования**

--	--

**5. Условия страхования:**

Страховая сумма по договору	
Срок действия договора страхования	с _____ по _____
Территория страхования	

**6. Дополнительные сведения:** (указать сведения о застрахованном лице, имеющие значение для оценки риска – выполняемая работа трудовым мигрантом, работа, связанная с поездками, занятие спортом и т.д.)


**7. Оплата страховой премии:**

<input type="checkbox"/> -единовременно	<input type="checkbox"/> -по безналичному расчету; <input type="checkbox"/> -наличными
<input type="checkbox"/> -с рассрочкой платежа ( <input type="checkbox"/> - ежемесячно, <input type="checkbox"/> -ежеквартально, <input type="checkbox"/> - иное _____ )	

Наличие договора ДМС в ООО «СК «АРСЕНАЛЬ»:  - нет,  - да \_\_\_\_\_Наличие договора ДМС с иным Страховщиком:  - нет,  - да \_\_\_\_\_

если «да», то укажите № договора, страховую сумму

**8. Приложения:**

Список застрахованных лиц на _____ листах (при наличии)
Медицинская анкета от _____ 20__ г. (при наличии)

В случае требования Страховщика Застрахованное лицо не возражает против прохождения медицинского обследования или предоставления иных необходимых документов

Сведения, содержащиеся в настоящем заявлении, являются существенными для заключения договора страхования. В соответствии со ст. 944 Гражданского кодекса Российской Федерации и положениями Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 12.05.2016, в редакции от \_\_ 20\_\_ г. (далее — Правила страхования) предоставление заведомо ложных сведений при заключении договора страхования может послужить основанием для признания договора недействительным.

С Правилами страхования ознакомлен, один экземпляр получил и согласен их выполнять. Подтверждаю свое согласие на обработку Страховщиком персональных данных Застрахованного лица согласно п. 8.7 Правил страхования.

Настоящее заявление является неотъемлемой частью договора страхования.

Страхователь: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

подпись

ФИО

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



**конфиденциально после заполнения**

**ВНИМАНИЕ!**

**Все поля анкеты являются обязательными к заполнению.**

**Медицинская анкета, заполненная не полностью, не может быть принята к рассмотрению**

**МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА (для застрахованного лица)**

Ф.И.О. Застрахованного лица									
Пол	ж	м	Дата рождения		Рост, см		Вес, кг		
Был ли у Вас в течение последних 12 месяцев полис добровольного медицинского страхования?								да	нет
Дата Вашего последнего обращения к врачу, по поводу какого заболевания?									
Сколько раз за год Вы посещаете поликлинику?									
К каким специалистам Вы обращаетесь наиболее часто?									
Имеете ли Вы в настоящее время (или имели в прошлом) группу инвалидности? Если «да» – укажите причину, группу и дата установления (снятия) инвалидности?								да	нет
Группа инвалидности			Дата установления			Дата снятия			
Причина установления									
Приходилось ли Вам за последний год вызывать скорую медицинскую помощь?								да	нет
Если «да», то укажите как часто и по какой причине (заболеванию)									
Проходили ли Вы стационарное лечение за последние 5 лет? Если "да", то укажите год, диагноз и проведенное лечение								да	нет
Год	Диагноз		Проведенное терапевтическое лечение (укажите продолжительность лечения)			Проведенное хирургическое лечение (укажите вид операции)			
Было ли Вам рекомендовано или планируете ли Вы в ближайшее время оперативное лечение? Если «да», то какое и по поводу какого заболевания?								да	нет
Ставили ли Вам когда-нибудь следующие диагнозы? Если «да», то укажите год начала заболевания									
Ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт, нарушения ритма сердца, гипертоническая болезнь (подчеркните)							да	нет	Год начала болезни
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки							да	нет	
Хронический холецистит или панкреатит (подчеркните)							да	нет	
Желчекаменная болезнь, мочекаменная болезнь (подчеркните)							да	нет	
Хронический гепатит В, С, D, E, F, G (подчеркните)							да	нет	
Онкологические заболевания, сахарный диабет (подчеркните)							да	нет	
Бронхиальная астма							да	нет	
Анемия, лейкоз и другие заболевания крови							да	нет	
Искривление носовой перегородки, требующие оперативного вмешательства							да	нет	
Пиелонефрит							да	нет	
Грыжа межпозвоночного диска, радикулит							да	нет	
Хронический бронхит							да	нет	
Варикозное расширение вен нижних конечностей							да	нет	
Полипы эндометрия или цервикального канала							да	нет	
Катаракта, глаукома (подчеркнуть)							да	нет	

Почечная или печеночная недостаточность?	да	нет	
Туберкулез	да	нет	
Ревматизм	да	нет	
Заболевания щитовидной железы	да	Нет	
Хронический простатит, аденома предстательной железы (подчеркнуть) МУЖ	да	нет	
Киста яичника, эрозия шейки матки, миома матки (подчеркнуть) ЖЕН	да	нет	
Мастопатия, гиперплазия эндометрия (подчеркнуть)	да	нет	
Врожденные пороки, аномалии развития органов и систем. Если «да», то какие?	да	нет	
Рекомендовали ли Вам постоянное (диспансерное) наблюдение у каких-либо врачей? Если «да», по какому заболеванию?			
Отмечали ли Вы у себя за последние 12 месяцев?			
Повышение артериального давления			
Укажите наиболее высокие и низкие показатели			
Боли в области сердца, головные боли, головокружение, боль в глазах, судороги, Расстройство речи, изменения на ЭКГ, ощущения покалывания, онемения, ползания мурашек, преходящие шум и заложенность в ушах, нарушения сознания (кратковременная потеря сознания, оглушенность), повышение сахара в крови, ослабление или потерю движения в конечностях (подчеркните)	да	нет	
Курите ли Вы?	да	нет	
Если «да», то сколько сигарет (папирос) в день? (сколько лет?)			
Вы обеспокоены состоянием своего здоровья в настоящий момент? Если «да», то укажите, что Вас беспокоит (на что Вы жалуетесь)	да	нет	
Укажите заболевания, которые у Вас отмечались ранее или имеются в настоящее время, но не были указаны выше?			
Принимаете ли Вы регулярно в настоящее время лекарственные препараты?	да	нет	
Если «да», то укажите какие:			

Настоящим Страхователь подтверждает, что сведения, изложенные в настоящей анкете, являются полными и достоверными, а медицинская анкета в целом является составной частью договора страхования (полиса), который выдается Застрахованному лицу.

Страхователь обязуется информировать ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ» (далее - «Страховщик») о каких-либо изменениях состояния здоровья Застрахованного лица в пределах дат подписания этой анкеты и даты начала действия страхования.

Страхователь согласен, что Страховщик имеет право выяснить информацию от врачей, которые когда-либо лечили Застрахованного лица, как до даты подписания договора страхования, так и в течение срока действия договора страхования.

Страхователь разрешает любому врачу поликлиники и больницы или другим медицинским работникам из других медицинских организаций, имеющим информацию об истории его заболевания, о его физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе, предоставлять ее в случае необходимости Страховщику, в том числе в случае его смерти.

Страхователь согласен, что Страховщик имеет право выяснять информацию у страховых компаний, к которым Застрахованное лицо обращался по поводу страхования жизни.

Страховщик со своей стороны обязуется не разглашать вышеуказанные сведения о Застрахованном лице и его имущественном положении, включая коммерческую тайну и любую другую конфиденциальную информацию, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

Страхователь: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Представитель Страховщика: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*\* В образец договора страхования могут быть внесены изменения, не противоречащие действующему  
Законодательству Российской Федерации*

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов  
(коллективный)

г. \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ», далее именуемое «Страховщик», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, далее именуемое «Страхователь», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны», в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 12.05.2016, в редакции от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (далее - Правила страхования) заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. В соответствии с настоящим договором Страховщик обязуется за плату (страховую премию) при наступлении определенных событий (страховых случаев) произвести оплату или возмещение расходов на получение медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме Программы добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее - Программа страхования), разработанной Страховщиком и являющейся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.2. Договор заключен на основании заявления на страхование от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (Приложение № 1 к настоящему договору) Страхователя и в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 12.05.2016, в редакции от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (Приложение № 2 к настоящему договору).

1.3. Объем услуг, оказываемых застрахованному лицу, и наименование медицинских организаций, предоставляющих данные услуги, определяется в Программе (Программах) добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (Приложение № 3 к настоящему договору).

1.4. Застрахованными лицами являются физические лица, указанные в Списке застрахованных лиц в соответствии с Приложением № 4 к настоящему договору.

Общее число застрахованных лиц на момент заключения настоящего договора составляет \_\_\_\_\_ человек.

1.5. Страхованию не подлежат трудовые мигранты, члены семьи трудовых мигрантов, находящиеся на момент заключения договора страхования на стационарном лечении и/или имеющие на момент заключения договора страхования следующие заболевания и связанные с ними осложнения:

- а) туберкулез, онкологические заболевания;
- б) болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека, ВИЧ-носительство;
- в) психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ;
- г) злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови;
- д) особо опасные инфекционные болезни, в том числе чума, холера, оспа, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки, в случае возникновения эпидемии и/или объявления карантина;
- е) аномалии развития и хромосомные нарушения.

1.5.1. Если после заключения настоящего договора будет установлено, что настоящий договор был заключен в отношении указанных выше лиц, Страховщик вправе исключить их из списка застрахованных лиц (в случае заключения настоящего договора в отношении нескольких застрахованных лиц), потребовать уплаты дополнительной страховой премии или признать настоящий договор недействительным в отношении такого лица в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.6. Настоящий договор включает в себя, кроме входящих в него положений и условий, положения и условия, содержащиеся в Правилах страхования, в той части, в которой последние не противоречат настоящему договору.

Положения настоящего договора имеют преимущественную силу над положениями Правил страхования (на основании п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации).

**2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их (медицинское страхование).

2.2. Территория страхования - \_\_\_\_\_.  
2.3. Сервисная организация: \_\_\_\_\_  
реквизиты, контакты \_\_\_\_\_.

### 3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления, на случай наступления которого проводится страхование.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное настоящим договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховым случаем является обращение застрахованного лица в медицинскую организацию (Сервисную организацию) из числа, предусмотренных настоящим договором, за получением медицинской помощи (организацией медицинских услуг) и иных услуг в объеме, предусмотренном настоящим договором и Программой страхования (Приложение №3 к настоящему договору) при условии, что:

3.2.1. обращение застрахованного лица и оказанная ему в связи с данным обращением медицинская помощь (организация медицинских услуг) и иная услуга произошли в течение срока действия страхования в отношении данного застрахованного лица;

3.2.2. застрахованное лицо обратилось за медицинской помощью (за организацией оказания медицинских услуг) и иной услуге в медицинскую организацию (Сервисную организацию), указанное в настоящем договоре, и в установленном настоящим договором и/или Программе страхования порядке;

3.2.3. медицинская помощь (организация оказания медицинских услуг) и иная услуга, за которой обратилось Застрахованное лицо, включены в Программу страхования (Приложение №3 к настоящему договору);

3.2.4. заболевание и расстройство здоровья, с которым обратилось застрахованное лицо, не отнесено Правилами страхования и/или Программой страхования или настоящим договором к медицинской помощи (медицинским услугам) и иной услуге не оплачиваемой Страховщиком; 3.2.5. обращение застрахованного лица и оказание ему медицинской помощи (организации медицинской услуги) и иной услуги произошли во время пребывания застрахованного лица на территории страхования, указанной в настоящем договоре.

3.3. Настоящим договором, не признается страховым случаем обращение застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг:

3.3.1. не предусмотренных настоящими договором и/или Программой страхования;

3.3.2. в медицинские организации, не предусмотренные настоящим договором и/или Программой страхования, за исключением случая указанного в п. 9.6 Правил страхования, либо в медицинские организации, где оказание медицинской помощи (организация медицинской услуги) и иной услуги не организовано или не согласовано Страховщиком в соответствии с подпунктом 3.3.2 Правил страхования;

3.3.3. если медицинские услуги не назначены врачом, выполняются по желанию Страхователя (застрахованного лица) или без медицинских показаний;

3.3.4. в связи с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортми, а также их осложнениями;

3.3.5. по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

3.3.6 по оказанию Застрахованному лицу дистанционной медицинской помощи;

3.3.7. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в плановой форме;

3.3.8. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;

3.3.9. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Страхователем (застрахованным лицом) противоправных действий;

3.3.10. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, а также с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.3.11. в связи с участием застрахованного лица в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением застрахованным лицом его служебных обязанностей;

3.3.12. в связи с массовыми заболеваниями при стихийных бедствиях, катастрофах и производственных авариях, приведших к массовым поражениям, чрезвычайным ситуация и т.п.

3.3.13. в связи с получением медицинских и иных услуг, связанных с косметологической (эстетической) пластической хирургией;

3.3.14. в связи с травмами и заболеваниями, лечение которых оплачено другими лицами или предоставлено застрахованному лицу бесплатно;

3.4.15. в связи с назначением медицинских вмешательств, не предусмотренных настоящим договором и/или Программой страхования. При этом ответственность за их назначение и обязанности по их оплате Страховщик не несет.

3.4. По настоящему договору страховым случаем не является и Страховщиком не оплачивается медицинская помощь (организация медицинских услуг) и иные услуги при обращении в медицинские организации в связи со следующими заболеваниями (состояниями) застрахованного лица:

3.4.1. заболеваниями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих:

а) инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;

- б) туберкулез;
- в) ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита;
- г) вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки
- д) гельминтозы;
- е) гепатит В;
- ж) гепатит С;
- з) дифтерия;
- и) лепра;
- к) малярия;
- л) педикулез, акариоз и другие инфекации;
- м) сепсис и мелиоидоз;
- н) сибирская язва;
- о) холера;
- п) чума;
- р) коронавирусная инфекция.

3.4.2. инфекционными заболеваниями:

- а) натуральная оспа;
- б) полиомиелит.

3.4.3. злокачественными новообразованиями;

3.4.4. сахарным диабетом;

3.4.5. психическими расстройствами и расстройствами поведения.

3.5. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страхового случая наступил вследствие:

3.5.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.5.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

3.5.3. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

3.5.4. массовыми заболеваниями при стихийных бедствиях, катастрофах и производственных авариях, приведших к массовым поражениям;

3.5.5. террористического акта.

#### 4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. Страховой суммой является определенная в порядке, установленном договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.1.1. Страховой суммой является предельный уровень страховых выплат по настоящему договору, который определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком в соответствии с выбранной Страхователем (Застрахованным лицом) Программой страхования и приложениями к ней и стоимостью медицинских и иных услуг в медицинских организациях, привлекаемых для обеспечения этой Программы страхования.

4.2. Размер страховой суммы, страховой премии на одного застрахованного лица составляет:

Программа страхования	Страховая премия на одного Застрахованного лица, руб.	Страховая сумма на одного Застрахованного лица, руб.	Количество Застрахованных лиц
Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов			

4.2.1. При расчете страховых премий по программам страхования настоящего договора применены следующие поправочные коэффициенты в отношении Застрахованных лиц, чей возраст на момент заключения настоящего договора страхования составил: \_\_\_\_\_.

4.3. Общая страховая сумма по настоящему договору составляет \_\_\_\_\_ руб., в том числе \_\_\_\_\_.

4.4. Предельные суммы страховых выплат (лимиты ответственности) \_\_\_\_\_

4.5. Страховой тариф по настоящему договору на весь срок его действия составляет \_\_\_\_\_ %.

4.6. Общая страховая премия по настоящему договору составляет \_\_\_\_\_ рублей.

4.7. Страховая премия подлежит оплате в следующем порядке: \_\_\_\_\_.

После уплаты Страхователем страховой премии (первой ее части) Страховщик выдает Страхователю полисы для каждого Застрахованного лица (Приложение с приложением Правил страхования и Программы страхования, в течение 5 (пяти) рабочих дней после уплаты страховой премии (первого страхового взноса), но не позднее даты начала действия разрешения на работу (патента).

4.8. Просрочка Страхователя по оплате в полном объеме очередного страхового взноса означает выраженное Страхователем волеизъявление об отказе от договора страхования с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем истечения срока, установленного договором страхования для его оплаты (если Страховщик и

Страхователь не договорились об изменении срока уплаты или суммы очередного страхового взноса).

Договор страхования считается расторгнутым с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, установленным в договоре страхования как день уплаты очередного страхового взноса, при этом Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о последствиях неуплаты в установленный срок очередного страхового взноса, установленных настоящим договором.

## 5. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий договор заключен на срок \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

5.2. Настоящий договор вступает в силу с 00 час. 00 мин. \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Настоящий договор прекращается и никакие выплаты по нему не производятся в случае неуплаты Страхователем одновременно страховой премии в полном размере и сроки, установленные в п. 4.6 и п. 4.7 настоящего договора, с 00 часов 00 минут дня, следующего за просроченным днем уплаты страховой премии, если Сторонами не заключено письменное дополнительное соглашение в части изменения порядка уплаты страховой премии.

5.3. В течение срока действия настоящего договора по соглашению Страхователя и Страховщика могут быть изменены: количество застрахованных лиц, программы страхования застрахованных лиц (перечень медицинских организаций и видов медицинской помощи), размер страховой суммы для одного или нескольких застрахованных лиц.

5.4. Изменения состава застрахованных лиц, программ страхования застрахованных лиц по настоящему договору допускается только с 1 или 15 числа каждого месяца в зависимости от перечня выбранных медицинских организаций.

5.5. О необходимости внесения изменений в условия настоящего договора Страхователь должен известить Страховщика не позднее, чем за 10 (Десять) дней до предполагаемого начала их действия. В случае включения в состав застрахованных лиц по настоящему договору новых лиц, Страхователю необходимо представить списки застрахованных лиц установленной формы.

5.6. До момента внесения изменений настоящий договор сохраняет силу в отношении застрахованных лиц, указанных в ранее представленных списках. Условия настоящего договора полностью распространяются на вновь внесенных в списки застрахованных лиц.

5.7. При необходимости вновь включаемое застрахованное лицо или у которого меняется программа страхования, обязан заполнить предложенную Страховщиком медицинскую анкету, которая будет являться неотъемлемой частью настоящего договора.

5.8. Изменения состава застрахованных лиц, программ страхования, размера страховой суммы оформляются дополнительными соглашениями к настоящему договору, подписываемыми Сторонами, оформляемыми Страховщиком на основании писем Страхователя.

5.9. Исключение застрахованного из списка застрахованных лиц по инициативе Страхователя по настоящему договору влечет прекращение исполнения Страховщиком обязательств в отношении данного застрахованного лица и оформляется дополнительным соглашением к настоящему договору.

5.10. Страховая документация дополнительно включенным в списки застрахованным лицам и тем застрахованным лицам, у которых изменилась программа страхования, выдается в соответствии с условиями Правил страхования и настоящего договора.

5.11. Договор страхования также может быть изменен или прекращен (расторгнут) в соответствии с Правилами страхования и Гражданским кодексом Российской Федерации.

## 6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 6.1. Страхователь имеет право:

6.1.1. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий настоящего договора;

6.1.2. требовать организацию застрахованному лицу оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг в соответствии с условиями настоящего договора и/или Программы страхования. В случае непредставления таких медицинских и иных услуг в неполном объеме, несвоевременно или с ненадлежащим качеством Страхователь (застрахованное лицо) или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика (его уполномоченного представителя);

6.1.3. обратиться к Страховщику за расширением перечня медицинских и иных услуг, заключив дополнительное соглашение к настоящему договору, уплатив при этом дополнительный страховой взнос.

6.1.4. в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора страхования в отношении застрахованного лица или нескольких застрахованных лиц (при коллективном страховании), обратившись с письменным заявлением к Страховщику;

6.1.5. в случае утраты полиса, выданного на основании настоящего договора, получить его дубликат, уплатив при этом расходы Страховщика на изготовление дубликата;

6.1.6. осуществлять иные права, предусмотренные настоящим договором и Правилами страхования.

### 6.2. Застрахованное лицо имеет право:

6.2.1. требовать предоставление в медицинских организациях медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг в соответствии с условиями настоящего договора и Программой страхования;

6.2.2. на получение медицинских и иных услуг на условиях и в сроки, предусмотренные Правилами страхования, настоящим договором и Программой страхования;

6.2.3. получать дубликат полиса, медицинской страховой карточки или пропуска в медицинскую организацию в случае их утраты;

6.2.4. выбрать любую медицинскую организацию из числа, указанных в настоящем договоре и лечащего врача из числа врачей, привлекаемых для осуществления Программы страхования;

6.2.5. обращаться к Страховщику за разъяснениями условий настоящего договора, Программы страхования, Правил страхования;

6.2.6. обращаться к Страховщику с претензиями по качеству своего обслуживания в медицинской организацией, а также при возникновении спорных ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи;

6.2.7. принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица или ликвидации Страхователя - юридического лица, индивидуального предпринимателя в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации;

6.2.8. осуществлять иные права, предусмотренные Правилами страхования и настоящим договором.

### **6.3. Страховщик имеет право:**

6.3.1. требовать у Страхователя (застрахованного лица) информацию и документы, позволяющие произвести оценку вероятности наступления страхового случая;

6.3.2. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и застрахованным лицом требований настоящего договора;

6.3.3. полностью или частично отказать в страховой выплате, в случаях предусмотренных Правилами страхования или настоящим договором;

6.3.4. требовать внесения изменений в настоящий договор, если в течение срока действия договора страхования возникли обстоятельства, повлекшие за собой существенное увеличение страхового риска (согласно п. 7.13 Правил страхования);

6.3.5. получать дополнительную страховую премию при изменении условий настоящего договора, при оформлении дополнительных соглашений к настоящему договору, заключенных вследствие возникновения обстоятельств, повлекших за собой существенное увеличение страхового риска;

6.3.6. по согласованию со Страхователем вносить изменения в условия договора страхования и/или Программу страхования;

6.3.7. в случае отсутствия возможности предоставления необходимой медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг застрахованному лицу в медицинских организациях, определенных настоящим договором и/или Программой страхования, организовать предоставление соответствующей медицинской помощи застрахованному лицу на базе иных медицинских организаций соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика и/или Сервисной организации;

6.3.8. запрашивать у Страхователя (застрахованного лица) дополнительные сведения, прямо или косвенно связанные с причинами и обстоятельствами наступления события, имеющего признаки страхового случая;

6.3.9. в рамках своих обязательств по настоящему договору знакомиться с медицинской документацией застрахованного лица отражающей его заболевание, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а так же использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования, признания события страховым случаем и осуществлением страховой выплаты;

6.3.10. проводить проверку представленных для признания события страховым случаем и определения размера страховой выплаты документов;

6.3.11. самостоятельно производить выяснение причин и обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах события, имеющего признаки страхового случая, в том числе о состоянии здоровья застрахованного лица;

6.3.12. направлять запросы в компетентные органы по вопросам, связанным с расследованием причин и обстоятельств наступления страхового случая. В случае если компетентные органы располагают сведениями и документами, дающими основание Страховщику отказать в страховой выплате, отсрочить страховую выплату до выяснения всех обстоятельств;

6.3.13. отсрочить решение вопроса о страховой выплате в случае возбуждения уголовного дела в отношении застрахованного лица по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья застрахованного лица, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами. Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, представленных для признания события страховым случаем, страховая выплата может быть отсрочена Страховщиком до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов;

6.3.14. требовать от застрахованного лица выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении застрахованным лицам требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет застрахованное лицо;

6.3.15. приостанавливать выполнение своих обязательств в отношении застрахованного лица в случаях необоснованного или ложного вызова скорой медицинской помощи, нарушении лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала;

6.3.16. при выявлении Страховщиком факта подлога в документах или заведомо неверных (ложных) сведений, предоставленных Страхователем и/или застрахованным лицом, в одностороннем порядке отказать от исполнения настоящего договора в отношении данного застрахованного лица во внесудебном порядке;

6.3.17. потребовать признания настоящего договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации, в случае установления после

заключения договора страхования, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п. 7.4 Правил страхования;

6.3.18. осуществлять иные права, предусмотренные Правилами страхования и настоящим договором.

#### **6.4. Страхователь обязан:**

6.4.1. при заключении настоящего договора сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска, определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Обстоятельствами, имеющими существенное значение, в любом случае, признаются обстоятельства, указанные в Заявлении на страхование, медицинской анкете или других дополнительных документов предоставленных Страхователем Страховщику. Страхователь также обязан письменно информировать Страховщика обо всех договорах страхования (полисах), заключенных в отношении застрахованного лица Страхователем с другими страховыми компаниями с указанием наименования страховых компаний, видов заключенных договоров страхования (полисов) и, по требованию Страховщика, существенных условий этих договоров, а также обо всех заявлениях на страхование в отношении застрахованного лица, направленных в другие страховые компании, по которым было принято решение об отказе в принятии на страхование;

6.4.2. по требованию Страховщика заполнить заявление на страхование и медицинскую анкету (в отношении каждого застрахованного лица);

6.4.3. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в порядке и сроки, указанные в настоящем договоре;

6.4.4. при заключении настоящего договора ознакомить застрахованное лицо со сроками и условиями страхования в соответствии с Программой страхования, Правилами страхования, условиями предоставления медицинских и иных услуг, а также с его правами и обязанностями по настоящему договору;

6.4.5. в период действия настоящего договора незамедлительно (но не позднее двадцати четырех часов с момента обнаружения) письменно сообщать Страховщику о ставших известными Страхователю значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении настоящего договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, а также при диагностировании заболевания, указанных в пункте 3.5 настоящего договора. Значительными признаются также иные изменения, определенно оговоренные в договоре страхования, заявлении на страхование и медицинской анкете;

6.4.6. обеспечить сохранность документов по настоящему договору;

6.4.7. в течение 30 (тридцати) дней известить Страховщика (его уполномоченного представителя, Сервисную организацию) о наступлении события, имеющем признаки страхового случая, если настоящим договором и/или Программой страхования предусмотрено возмещение расходов застрахованного лица на получение иных услуг. Эта обязанность может быть исполнена застрахованным лицом;

6.4.8. давать письменные разъяснения на запросы Страховщика, связанные с событием, имеющим признаки страхового случая/страховым случаем, а также предоставлять документы, необходимые для принятия решения о страховой выплате (сумме страховой выплаты);

6.4.9. вернуть Страховщику полученную страховую выплату (или ее соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или в соответствии с Правилами страхования полностью или частично лишает Страхователя права на страховую выплату. Данная обязанность распространяется также на застрахованное лицо;

6.4.10. выполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами страхования и настоящим договором.

#### **6.5. Застрахованное лицо обязано:**

6.5.1. пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями настоящего договора и/или Программой страхования;

6.5.2. при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, в течение 24-х часов обратиться на круглосуточный диспетчерский пульт Страховщика или в Сервисную организацию в порядке, определенном в настоящем договоре и/или Программой страхования;

6.5.3. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;

6.5.4. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

6.5.5. соблюдать Правила страхования и условия настоящего договора;

6.5.6. в период действия настоящего договора незамедлительно (но не позднее двадцати четырех часов с момента обнаружения) письменно сообщать Страховщику о ставших известными Страхователю значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении настоящего договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, а также при диагностировании заболевания, указанных в пункте 3.4 настоящего договора. Значительными признаются изменения, определенно оговоренные в настоящем договоре, заявлении на страхование и медицинской анкете;

6.5.7. выполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами страхования и настоящим договором.

#### **6.6. Страховщик обязан:**

6.6.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования и Программой страхования, помимо этого, Страхователь (застрахованное лицо) может ознакомиться с текстом Правил страхования на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

6.6.2. в течение 5 (пяти) рабочих дней после уплаты страховой премии (первого страхового взноса), но не



позднее даты начала действия разрешения на работу (патента), вручить Страхователю (застрахованному лицу) полис с приложением Правил страхования и Программы страхования;

6.6.3. при необходимости выдать Страхователю (каждому застрахованному лицу) информационные документы: медицинскую страховую карточку, памятку, пропуск в медицинскую организацию и т.п.;

6.6.4. по требованию Страхователя, застрахованного лица, Выгодоприобретателя, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснить положения, содержащиеся в Правилах страхования, Программе страхования, расчет изменения в течение срока действия договора страхования страховой суммы, расчет страховой выплаты;

6.6.5. по запросу Страхователя (Застрахованного лица или его представителя) один раз по настоящему договору бесплатно предоставить Страхователю (Застрахованному лицу или его представителю) заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с досрочным расторжением договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя (Застрахованного лица или его представителя) прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и/или условия договора страхования и Правил, на основании которых произведен расчет.

6.6.6. уведомить Страхователя и застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 (Десять тысяч) рублей;

6.6.7. при признании события страховым случаем произвести страховую выплату;

6.6.8. не разглашать сведения о Страхователе, застрахованном лице, Выгодоприобретателе, состоянии их здоровья, а также их имущественном положении, если такая обязанность не возложена на Страховщика договором перестрахования либо законодательством Российской Федерации;

6.6.9. выполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами страхования и настоящими договором.

## **7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

7.1. Страховая выплата - денежная сумма, которая определяется в установленном договором страхования порядке и выплачивается Страховщиком за организацию и оказание медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг при наступлении страхового случая.

Страховая выплата производится в российских рублях.

7.2. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы и/или в пределах лимита ответственности по каждому застрахованному лицу в виде:

7.2.1. оплаты за организацию и оказание медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных настоящим договором и/или Программой страхования, медицинским или иным учреждением, указанным в настоящем договоре и/или Программе страхования;

7.2.2. возмещения расходов застрахованного лица (если это Программой страхования), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящим договором и/или Программой страхования.

7.2.1. организации оказания медицинских и иных услуг и оплаты за оказание медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных настоящим договором и/или Программой страхования, медицинским или иным организациям, указанным в настоящем договоре и/или Программе страхования;

7.2.2. возмещения расходов Сервисной организации, понесенных в целях организации оказания Застрахованному лицу медицинской помощи и оказания иных услуг, предусмотренных настоящим договором и/или Программой страхования.

7.3. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены настоящим договором и/или Программой страхования, при предоставлении соответствующих документов.

7.4. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, застрахованное лицо обращается за оказанием медицинской помощи (медицинских услуг) или иных услуг в порядке, указанном в настоящем договоре и/или Программе страхования.

7.5. Размер страховой выплаты равен стоимости за организацию и оказание медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оплаченных в соответствии с настоящим договором и/или Программой страхования, если настоящим договором не определена оплата части стоимости медицинских и иных услуг за счет средств застрахованного лица (в этом случае размер страховой выплаты уменьшается на размер безусловной франшизы, установленной в настоящем договоре).

7.6. Решение о страховой выплате принимается Страховщиком в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком письменного заявления застрахованного лица (Страхователя) и всех необходимых документов, указанных в пункте 10.7 Правил страхования.

В указанный срок Страховщиком проводится проверка представленных документов, при необходимости запрашиваются сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также письменные объяснения Застрахованного лица по факту произошедшего страхового случая.

В указанный срок составляется и утверждается страховой акт (Приложение 10 к Правилам страхования) либо направляется Страхователю (застрахованному лицу) решение об отказе в страховой выплате.

7.7. В целях оценки фактического состояния здоровья застрахованного лица после наступления страхового случая, Страховщик с согласия застрахованного лица вправе запрашивать и получать информацию о состоянии здоровья застрахованного лица.

Застрахованное лицо, намеренное воспользоваться своим правом на получение страховой выплаты, по требованию Страховщика обязано пройти медицинское освидетельствование по направлению Страховщика.

7.8. Страховщик вправе принять решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты в отсутствие каких-либо документов, предусмотренных настоящим разделом, в случае если отсутствие таких документов не влияет на возможности Страховщика установить обстоятельства события и определить размер страховой выплаты.

7.9. Если в договоре страхования предусмотрена безусловная франшиза (сумма, которая оплачивается Страхователем (застрахованным лицом) самостоятельно и не возмещается Страховщиком), то она действует при оплате расходов по каждому страховому случаю. В случае, когда все расходы по страховому случаю были оплачены застрахованным лицом (Страхователем), а в договоре страхования предусмотрена безусловная франшиза, Страховщик выплачивает страховое возмещение за вычетом суммы франшизы.

7.10. Страховая выплата производится в течение 10 (десяти) банковских дней после утверждения Страховщиком страхового акта. Страховщик вправе осуществить страховую выплату ранее установленного срока.

7.11. Предусмотренные настоящим договором выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся застрахованному лицу по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим договорам страхования.

7.12. Страховщик вправе полностью или частично отказать в страховой выплате по следующим основаниям:

7.12.1. установлен факт передачи застрахованным лицом полиса другому лицу для получения им медицинских и иных услуг;

7.12.2. Страхователь предоставил искаженные сведения о застрахованном лице при заключении договора страхования (о состоянии здоровья застрахованного лица на момент заключения настоящего договора или на момент изменения условий настоящего договора и др.);

7.12.3. Страхователь сообщил недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о страховом риске (п. 7.2 и п. 8.4.1 Правил страхования);

7.12.4. Страхователь (застрахованное лицо) не известил Страховщика о существенных изменениях в риске (п. 8.4.5 и п. 8.5.6 Правил страхования);

7.12.5. событие не было признано страховым в соответствии с Правилами страхования, настоящим договором и/или Программой страхования:

а) событие, имеющее признаки страхового случая, наступило вне пределов территории действия договора страхования;

б) событие, имеющее признаки страхового случая, наступило вне периода действия страхования (за исключением случая госпитализации в неотложной форме застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия договора страхования и до момента выписки из стационара);

в) наступление страхового случая не подтверждается предоставленными документами (п. 10.7 Правил страхования);

г) событие не является страховым случаем в соответствии с п. 3.3 — п. 3.5 настоящего договора;

д) наступление страхового случая привело к возникновению расходов, не покрываемых в соответствии с условиями Правил страхования, настоящим договором и/или Программой страхования, но только в части таких расходов;

7.12.6. повторное выполнение лабораторных исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе застрахованного лица;

7.12.7. застрахованным лицом (Страхователем) нарушена комплектность предоставления Страховщику документов, указанных в п. 10.7 Правил страхования;

7.12.8. обращение застрахованного лица в медицинскую организацию, не предусмотренное настоящим договором и/или Программой страхования, или не согласованное Страховщиком или Сервисной организацией, а также в случае если информирование Страховщика о таком обращении было осуществлено застрахованным лицом (Страхователем) в процессе получения медицинской помощи.

7.13. Решение об отказе в страховой выплате сообщается Страхователю (застрахованному лицу) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.

## 8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. \_\_\_\_\_  
8.2. \_\_\_\_\_

## 9. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

9.1. Обработка персональных данных Застрахованных лиц по настоящему договору, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях заключения и исполнения настоящего договора, осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

9.2. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий настоящего договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны.

9.3. Конфиденциальной по настоящему договору признается информация о программе страхования, сумме страховых взносов, а также сведения о заболеваниях застрахованных лиц и о факте их обращения за медицинской помощью, эта информация не может быть использована Страховщиком или сотрудниками Страховщика иначе, как в целях выполнения обязательств Страховщика по настоящему договору.

9.4. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией застрахованного лица, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией настоящего договора, оплатой оказанных застрахованному лицу услуг, защитой прав застрахованного лица.

9.5. Страховщик обязуется соблюдать режим конфиденциальности относительно информации о заболеваниях застрахованного лица, указанной им в медицинской анкете, либо полученной Страховщиком в ходе исполнения настоящего договора от медицинских организаций. Страховщик обязуется предпринимать все зависящие от него меры в целях недопущения разглашения любым третьим лицам указанной информации, ставшей известной Страховщику или сотрудникам Страховщика в связи с исполнением настоящего договора без письменного согласия застрахованного лица каким-либо третьим лицам, в т.ч. Страхователю.

## 10. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры, возникающие при исполнении настоящего Договора, разрешаются сторонами в процессе переговоров.

Для соблюдения досудебного претензионного порядка до предъявления иска Страхователь (Выгодоприобретатель) направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной форме.

Указанная досудебная претензия подлежит рассмотрению Страховщиком в течение 30 (тридцати) дней со дня поступления. Ответ на претензию направляется Страховщиком по адресу электронной почты Страхователя (Выгодоприобретателя), а при его отсутствии по почтовому адресу.

При невозможности достижения соглашения по спорным вопросам, их решение передается на рассмотрение судебных органов в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, с обязательным соблюдением досудебного претензионного порядка.

10.2. Иск по требованиям, вытекающим из настоящего Договора, заключенного на условиях Правил страхования, может быть предъявлен в течение сроков исковой давности, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

## 11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. В случае, если какие-либо положения Правил страхования отличаются от условий настоящего договора, Стороны будут руководствоваться положениями настоящего договора. Во всем, что не отражено в настоящем договоре, Стороны руководствуются положениями Правил страхования и нормами действующего законодательства Российской Федерации.

11.2. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу.

11.3. Прилагаемые документы являются неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение 1. Заявление на страхование от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (с приложениями);

Приложение 2. Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов от 12.05.2016, в редакции от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.;

Приложение 3. Программа добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов;

Приложение 4. Список застрахованных лиц;

Приложение 5. Форма полиса;

Приложение 6. Перечень медицинских организаций (иных учреждений).

## 12. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**Страховщик:**

**ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ  
«АРСЕНАЛЬ»**

Адрес: \_\_\_\_\_

Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

м.п.

**Страхователь:**

С Правилами страхования и условиями договора страхования ознакомлен, согласен. Экземпляр Правил страхования и договора страхования на руки получил.

Адрес: \_\_\_\_\_

Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

м.п.

### СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

(наименование Страхователя)

№	Ф.И.О. застрахованного лица	Дата и место рождения	Пол	Вид и данные документа, удостоверяющий личность	Данные миграционной карты	Данные документа на право пребывания в РФ	Адрес местожительства (места пребывания)	Профессия/ вид трудовой деятельности	Ф.И.О. Выгодоприобретателя	Личная подпись застрахованного лица*
							Индекс, область, район, город, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира			
1										
2										
3										
4										
5										

\* - личная подпись застрахованного лица может не проставляться, если оформлено индивидуальное согласие застрахованного лица с условиями договора и на передачу персональных данных.

\* - личная подпись застрахованного лица означает передачу им его персональных данных ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ», расположенному по адресу: 111020, г. Москва, ул. 2-я Синичкина, д.9а, строен.10 (далее - «Страховщик») в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее - «Федеральный закон») и выражает Страховщику, медицинским организациям, сервисными организациями и иным контрагентам Страховщика безусловное согласие застрахованного лица на автоматизированную, в т.ч. в информационно-телекоммуникационных сетях, а также без использования средств автоматизации обработку (включая, но не ограничиваясь: сбор (получение); запись; систематизацию; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передачу (распространение, предоставление, доступ), в том числе путем передачи моих персональных данных/документов, содержащих персональные данные, в том числе по открытым каналам связи и сетям общего пользования, включая информационно-телекоммуникационную сеть Интернет, третьим лицам, с правом обработки ими персональных данных Страхователя; обезличивание; блокирование; удаление; уничтожение; трансграничную передачу персональных данных не дальше, чем этого требуют цели обработки) персональных данных застрахованного лица, включая фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес места жительства и адрес регистрации, паспортные данные, данные заграничного паспорта, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса, данные о состоянии его здоровья и сведения, составляющие врачебную тайну, в целях заключения, сопровождения и исполнения договора, на принятие решений, порождающих юридические последствия для застрахованного лица или затрагивающих его права и законные интересы, на основании исключительно автоматизированной обработки его персональных данных, а также подтверждает, что застрахованное лица уведомлено об осуществлении обработки его персональных данных в установленном Федеральным законом порядке. Настоящее согласие действует в течение 5 (пяти) лет после прекращения договора страхования или письменного отзыва застрахованным лицом настоящего согласия, подписанного им собственноручно и направленного заказным письмом с уведомлением о вручении в адрес Страховщика либо врученного лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика, если отзыв согласия не нарушает норм действующего законодательства Российской Федерации.

Предоставляя персональные данные и иную информацию о застрахованных лиц, я выражаю свое согласие с тем, что являюсь представителем названных лиц, полномочным давать такое согласие.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

м.п.

